

Email - Alana Lima - Outlook | Controle de documentos | Audiências | Consulta processos - Processo | 0817235-39.2020.8.18.0140 · Pr ... +

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

11674884 - CONTESTAÇÃO (2747129 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADV/GD 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)

Microsoft Word - 2747129_CONTESTACAO 1 / 10

2747129- C3 / 2020-03217 / INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOCACIA ABOGADOS

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

Processo: 0817235920208180140



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
11674 885	02/09/2020 09:45	<u>PROC ADM</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 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, contados 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 n° 15421002



Pág. 01373/01374 - carta 01 - INVAHIDEZ



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

Núm. 11674885 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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%

Dano Pessoal: Ferida funcional com
Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indemnizar: 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 POUPANCA**

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 602.356.753-99 4 - Nome completo da vítima: maria osmara 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 osmara oliveira Gomes 6 - CPF: 602.356.753-99
 7 - Profissão: 8 - Endereço: Setor da R. Maria de Jesus Silveira 2601
 11 - Bairro: Vale que tem Teresina 9 - Número: 10 - Complemento:
 12 - Cidade: PI 13 - Estado: 14 - CEP: 64066-260
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (66) 9998 2.3093

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: 1989

CONTA: 60603

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3

CONTA: 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, as 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: Sim Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou Sim Não

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

34

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, TERERINA - PI 25/10/2020

maria osmara oliveira Gomes

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

ENVOLVIDO(S)

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

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 04/05/1992 Idade: 27 anos
Naturalidade:PI - Teresina Profissão: Auxiliar Administrativo
Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria de Lourdes Oliveira Lima

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 062.356.753-99

Endereço

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

Nome Civil: CAMILA SOARES EVANGELISTA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 08/05/1992 Idade: 27 anos
Naturalidade:PI - Teresina Profissão: Auxiliar Administrativo
Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: ROSALIA SOARES EVANGELISTA Nome do Pai: EDMILSON EVANGELISTA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 037.134.103-56

RG - Carteira de Identidade: 3131261

Endereço

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



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000929/2020

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO 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 9C2HC1420ER02332	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/BIZ 100 ES
Modelo HONDA/BIZ 100 ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 07/11/2016	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
CAMILA SOARES EVANGELISTA	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE DISSE QUE QUANDO TRAFEGAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA, UMA OUTRA MOTO INVADIU A PREFERENCIAL, QUANDO AS MESMAS SE CHOCARAM, DISSE AINDA QUE O CAUSADOR DO ASIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL, LEVADA PARA A UNIDADE INTEGRADA DE SAUDE 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

José 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 assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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: 602.356.753-99 4 - Nome completo da vítima: maria osmara 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 osmara oliveira Gomes 6 - CPF: 602.356.753-99
 7 - Profissão: 8 - Endereço: Setor da R. maria de Jesus Silveira 2601
 11 - Bairro: Vale que tem Teresina 9 - Número: 10 - Complemento:
 12 - Cidade: PI 13 - Estado: 14 - CEP: 64066-260
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (66) 9998 2.3093

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: 1989

CONTA: 60603

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as 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: Sim Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou Sim Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TERERINA - PI 25/10/2020

maria osmara oliveira Gomes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 04/05/1992
ENDERECO....: RUA SANTANA
COMPLEMENTO...:
MUNICIPIO....: TERESINA
NOME PAI/MAE...:
RESPONSAVEL...: O PROPRIO
PROCEDENCIA...: CIDADE JARDIM
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO MOTO/PASSAGEIRO
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO
BAIRRO: CIDADE JARDIM
UF: PI
DOC...: SEXO...: FEMININO
NUMERO: 2641
CEP...:
MARIA TEL..... DVLSE
hmv

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: ___/___/___

Cron Mult, Reclamou de infarto, com
Exa/mens nos membros inferiores e mao; Faintos

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Faintos se Foi um Fainto, com cefaleia

DIAGNOSTICO:

EVTICA, NAD, CTD.

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Compressao

PA = 120/70

Em no lnt na macaw

Maria S. vici (PA, FC)

IV (m) 2345mg

1,500ml 20% fgl 48ml

DATA DA SAIDA: 07/02/2019 22:52 HORA DA SAIDA: 03:45
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] RESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

IV (m)

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. PATOL

Maria de Souza Oliveira

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

11:50 PA - 110x70 mmHg.
17:55m PULSO, P/ 115

CONFERE COM
A ORIGINAL



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULACAO

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

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

TE REFERINDO ACIDENTE DE TRAFEGO COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO E COM FRATURA EXPOSTA A NIVEL DO DORSO DO PÉ ESQUERDO

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

OMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x70(mmHg) FREQ. CARDÍACA: SATURAÇÃO: FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15 USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 07/02/2019 23:57:46

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 4730
SAMU - 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



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. 9



BÍA ECONÓMICA FEDERAL

274-805698441-9

01/09/2019

CD-PROVANTE DE PAGAMENTO
C. BISA COM. ELET. BIAH

VIA

274-895698441-9

equatorial
ENERGIA

Para consumo
contínuo, informe
esse NÚMERO! >

SEU CÓDIGO
0389635-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Manoelito 719 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 08.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nossa Frente à Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial da impressão autorizada pela SETA2/06/98

Nº da Nota Fiscal 027309503

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS
SETEMBRO/2019

VENCIMENTO
20-09-2019

CONSUMO (kWh)

TOTAL A PAGAR (R\$)
23,67

MARIA DE LOURDES OLIVEIRA LIMA

R. MARIA DE JESUS SILVEIRA 2641 2641 VALE QUEM TEM

CPF: 00053486277391

CEP176450000 - TERESINA

DATAS DA LEITURA

Atual:

Atual:

Anterior: 1891

Anterior: 13/09/2019

Constante de Multiplicação: 1884

Próxima Leitura: 15-08-2019

Consumo Médio: 1,000

Emissão: 15-10-2019

Consumo Faturado: 7

Apresentação: 12-09-2019

Forma de Faturamento: C30 - de Vizinho - FGAM

Dias de Consumo: 13-09-2019

Classe/Subclasse	MÍNIMO	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	29	
Ligeiro	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses

RESTORNO PCT (%)	MUNO	A20446300 DESCRIÇÃO DA CONTA	1.1.1	96
Mês/ano consumo				

AGO/19	302	CONSUMO	30 A R\$ 0,711519 =	21,34
JUL/19	97	CORREÇÃO MONETÁRIA JA	08/19-00	0,01
JUN/19	94	CORREÇÃO MONETÁRIA IG	08/19-00	0,14
MAI/19	50	MULTA POR ATRASO DE I	08/19-00	0,15
ABR/19	70	JUROS DE MORA ATRASO	08/19-00	0,01
MAR/19	130	MULTA POR ATRASO 08/19-00		1,84
FEV/19	25	JUROS POR ATRASO 08/19-00		0,18
JAN/19	425	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	-	1,19
DEZ/18	0			
NOV/18	30			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0,030 - 0,105310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS 1A REAVALIADOS

Mes/Ano	Vl. Ligeiro	----- AVISOS DE DEBITOS VENCIDOS -----
01/2019	425,81	----- DEBITOS VENCIDOS -----
10/2018	61,04	obrigar a regularizar pagos
09/2018	57,05	atendimento de Eletronas Distribuído
Ha mnts 105 conta(s) vencida(s) e pendente(s) de pagamento.		Piau com elas compra

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 18 15 20 25

* Você pode visualizar todos os débitos vencidos da sua fatura na nova Etapa 7, 8, 15, 17, 20 ou 25 para ver o valor de cada débito e a data de vencimento.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição	7A85.0088 . CCE2 . IBC9 . EBSF . B88F . 9E9C . 98A0	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Energia:		Aliquota ICMS:
Transmissão:	5,76	Valor do ICMS:
Encargos:	11,11	21,34
Tributos:	1,87	Valor do PIS:
	0,92 INDICADORES DE CONTINUIDADE	0,36
	1,68 PIS	1,08
Mensal	Trimestral	Anual
Mensal	Trimestral	Anual
Mensal	Trimestral	Anual

Límite		
Atingido		

Quantia	5,19	10,39	20,77	3,30	6,30	13,26	2,94	0,00
	0,00			0,00			0,00	

POTY

SEU CÓDIGO 07/2019 TOTAL A PAGAR 34,34



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845>
Número do documento: 2009020945561020000011054845

Num. 11674885 Pág. 10



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu maia do carmo prudomio da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703-114, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

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

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

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

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Henrique Dias</u>	Número:	<u>790</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Jurema</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>64019-330</u>

Local e Data: Teresina - PI 25/10/2020

maia do carmo prudomio da Silva
Assinatura do Declarante





Ortopedistas

- Dr. Albert Medeiros
CRM 3567
- Dr. Elias Barbosa
CRM 1033
- Dr. Osvaldo Mendes
CRM 2108
- Dr. Pedro Colmira
CRM 1827
- Dr. Ponciano Rodrigues
CRM 913
- Dr. Sether 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
Fachet
Geap
Ipmt
Iapep
Intermed
Medplan
Saúde Caixa
Planalto
Plante
Unimed

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 8684 - 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: Maria Olímpia 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 no Mês de Maio
"2020" - "2020"
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)

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

SSVV: (Hora: ____ : ____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m ² Pulso: bmp Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: Acidente de moto com dor em pé D

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
Exames Complementares: IX	

Prescrição Médica: medicamentos

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

Assinatura Paciente ou Responsável	ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO CRM PI 3531 Em: 08/02/2019 00:51:55
---	---

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845
Número do documento: 2009020945561020000011054845

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	Wanilda Oliveira Oliveira Gomes		
Diagnóstico pré-operatório	T2o de I, II Melatoma D		
Operação - Tipo	Lmc + Faseg c1 Fk		
Cirurgião	Dra. Wanilda	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Hoc	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		Dr. Marcus	Raque.
Data da Operação	08/02/19	Inicio	03:40
Diagnóstico Pós-operatório	0 mma		
Relatório Imediato do Patologista	0		

Acidente Durante a Operação	Não houve
-----------------------------	-----------

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Pal e Mtc + Rgulam
- 2) Manopares + Anp + Cap esbr
- 3) Fiss ampliação de fundo fundo
- 4) Desbram + Purgos d SP, qd grandul
- 5) Fissura d Tm d I & et metatess D c1 Fk 15
m tracheab
- 6) Sutura pub + rectum Costa
Dr. WILSON COSTA
CIRURGICO 10/02/2019 09:47:55

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
COM O ORIGINAIS
CONFERIDA
CONFERIDA 76 HUT





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

232618

175495

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES	6 - Prontuário: 502031
7-CNS: 700504945197660	8-Nascimento: 04/05/1992
9-Sexo: Feminino	RG: 3451347 - SSP PI
11-Mãe: MARIA DE LOURDES OLIVEIRA LIMA	12-Fone: 86-98831-5913
13-Resp: MARIA DE LOURDES	14-Cor: Sem Informação
15-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:

Pt. volume d'edema d'extre. do pés, erodido com dor e sensib. n' pés

21 - Condições que justificam a internação:

Fla amiga

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

R

23-Diagnóstico Inicial: atura de ossos do metatarso	24-CID Prin: S923	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:
--	-----------------------------	-------------------------	---------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050462	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA DOS METATARSIANOS	Tempo SUS 3
-----------------------------------	---	-----------------------

29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 804.614.683-87	34-Data Solicitação: 08/02/2019
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: WILANILDO LIMA COSTA				

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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	44-CBOR:
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado	() Não Segurado SAME & COM ORIGINAL! João Luís Mendes de Melo Médico: 4120 CRM-PI 1266 - CNS 17026395120001

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: ()CNS ()CPF	49-Num. Documento:

50-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Quirin Lúdionne</i>	Usuário: (SOLIMAR BRITO) Consulta Local: 706619 Consulta SUS:
--	---





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 08/02/19.

NOME DO PACIENTE:	<i>Mariene Oliveira Vane Gonçalves</i>	PRONTUÁRIO N°:	<i>502031</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Extrato de I. II Metatomo ID</i>	CIRURGIA:	<i>Unc + Fracop c FLC</i>
ANESTESIA:	<i>Rapac</i>	Nº DA SALA:	<i>05</i>
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Wm. L. Costa</i>	CPF N°:	
AUXILIAR:	<i>Esteticista</i>	CPF N°:	
ANESTESISTA:	<i>Dr. Hacem Naculus</i>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Hier.</i>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	01		LUVA N° 70	PAR	01	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA N° 75	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR		
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.	05	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO N°	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				<i>Eletrodos — 05</i>			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				<i>Excavas — 03</i>			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				<i>Cregom — 02</i>			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.				<i>fazee de sonact — 03.</i>			
ALCOFIL							
MONONYLON	20	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<i>Patricia Fontinete</i>		
PROLENE							

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula 2017300
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE (HUT)
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA -

PREScrição MÉDICA

CAMILA



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

Assinado eletronicamente por EDNAN SOARES COUINHO - 32/09/2020 - 09:47:33
<http://tipi.pje.ius.br:80/1a/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?xm...>

Número do documento: 20090209455610200000011054845

Nº 11674885 - Pág. 19

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

NOME	IDADE		DATA
Horário de Admissão	hs	min	TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
CIRURGIA REALIZADA			CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO	SAÍDA	
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	126/58 mmHg		113/162 (78)
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	63 bpm		79
SATURAÇÃO DE O2 (%)	100%		98%
TEMPERATURA AXILAR (0°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA			Gonçalves

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" 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"/>
FÉPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnêa	0	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"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	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"/>
CONSCIÊNCIA	Está iúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	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"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESCALA DE DOR ATUAL	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASO GASTROSC
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

O2:5ch. Colocada na SRPA em P01 ob TTA Cirurgia de onda metatarsiana. Efectuado enxerto ósseo. Consciente orientada. Hemodrenagem estabilizada. Vias oculares em MTD, limpa e seco. Nem queixas no momento.

Raquel Mendes Pedreira
COREN 377593-EN

M. Aparecida Coutinho
COREN 377593-EN

07:50 saída da SRPA

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA
	HORÁRIO

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

Confere-se
Medida
Enfermagem
Anestesiologista

ENTO | IEXTERNO | SALA DE GESSO | IMAGENS E GRÁFICOS |

07:50:58





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

(User: ARTHUR SAMPAIO)

(Estação: GE35002)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Name:</u> MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES		<u>Frontuário:</u> 502031
<u>Mãe:</u> MARIA DE LOURDES OLIVEIRA LIMA		<u>Pai:</u> OSVALDO OLIVEIRA GOMES
<u>End. Resid.:</u> RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 04/05/1992	<u>Idade:</u> 26a9ml2d	<u>Sexo:</u> Feminino <u>Fone:</u> 86-98831-5913
<u>Responsável:</u> MARIA DE LOURDES		<u>CNS:</u> 700504945197660
<u>Profissão:</u> NAO INFORMADO		<u>Documento:</u> RG: 3451347 - SSP PI
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
		Indefinido

Breve História Clas. Risco:

<u>SSVV:</u> (Hora: ____ : ____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m ² Pulso: bmp Pressão: mmHg
<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u>
trauma em pe
<i>AoCC pi Lnc</i>

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	

<u>Exames Complementares:</u>	<i>Z</i>
pe	

<u>Prescrição Médica:</u>	<i>Juana Luisa Mendes de Souza SANE-HUT CONFERE COM O ORIGINAL</i>
---------------------------	--

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>	<i>Joana Luisa Mendes de Souza Matrícula: 47380 SANE-HUT CONFERE COM O ORIGINAL</i>
<u>Observação (Adulto)</u>	<u>DATA:</u> / / . <u>HORA:</u> : .

-----ira Paciente ou Responsável

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





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestésico(a)

Data da Operação

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Menor vena comum aguda
vaza sangue
fim de
fim de perna
fim de joelho

Mod. 76 HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845>
Número do documento: 2009020945561020000011054845

Num. 11674885 - Pág. 22



233122

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AUDIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Laudo 178106

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paculta com dor abdominal per Abdome

21 - Condições que justificam a internação:

Enterite

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

PPC

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin: **T009** 25-CID Sec.: **0** 26-CID C.Ass.: **0**

27-Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

Tempo SUS: **3**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vinculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento: Matrícula 7390 SAM-HUT CONFERE COM O ORIGINAL	49-Num. Documento:	50-Carimbo (Re. Conselho)
--	----------------------	--	--------------------	---------------------------

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **(KARLA BATISTA)**
Consulta Local: **707967**
Consulta SUS:
16/02/2019 08:15:31



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
<http://tjpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845>

Número do documento: 2009020945561020000011054845

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR EM MI

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EX FÍSICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
I009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

LEITO/CLÍNICA ORTOPDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 16/02/2019
DATA ADMISSÃO 16/02/2019 07:11	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARLONIDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 0705940361 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Joana Lúcia Meia S. CONFERI F. Soares
DATA ANÁLISE: 16/02/2019 08:24:46	CPF CRM DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA: 16/03/19		P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES		ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			APLICADO AS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÉNIO 1 2 3				TOTAL DE DOSES <i>600 ml oxygênia 100 ml suco</i>
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				
TEMPERATURA T		260 240 38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO						SEQUÊNCIA <i>1 Anestesia 2 respirar 3 respirar 4 respirar 5 12-13 6 12-13 7 12-13 respirar</i>
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS		28.30	09.20			DURAÇÃO 30'
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
ANESTESES						
PARTICULARIDADES						

MOD 76 - HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 16/07/19

NOME DO PACIENTE	<i>Maria Oliveira Gomes</i>	PRONTUÁRIO N°:	<i>502031</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Fun em p/ 18</i>	CIRURGIA:	<i>Fun p/ 18</i>
ANESTESIA:	<i>Rogério</i>	Nº DA SALA:	<i>09</i>
CIRURGIÃO:	<i>Dr Chagas</i>	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESISTA:	<i>Dr Enzo</i>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Eduarda</i>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

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

CONFIRMADO - 09/07/2020
SANE-HUT

CONFIRMADO - 09/07/2020
SANE-HUT





UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ GOMES - MARINGÁ

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845>
Número do documento: 2009020945561020000011054845

Num. 11674885 - Pág. 27



INSTITUIÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

HOSPITAL DE PREREGIÃO NACIONAL

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845>
Número do documento: 2009020945561020000011054845

Num. 11674885 - Pág. 28



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
RGENCIA DE TERESINA - HUT

HOSPI 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. 29

DET

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA			
ME <u>Maria Oliveira Gomes</u>	IDADE <u>26</u> anos	DATA <u>16/10/2019</u>	
RÁRIO DE ADMISSÃO <u>06 hs 57 min</u>	TIPO DE ANESTESIA <u>()GERAL (X)RAQUE ()BLOQUEIO ()PERIDURAL ()SEDAÇÃO</u>		
IURGIA REALIZADA <u>L.M.C.</u>	CIRURGIÃO <u>Dr. Francisco Chagas</u>		

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO	SAIDA	
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>95/66</u>		<u>106/64</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>68</u>		<u>72</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>99%</u>		<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)			
REQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>M. dos Reis</u>		<u>M. dos Reis</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSÃO			SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0
ESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0	0
IRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0
ONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2
	Desperga, se solicitado	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL			
ESCALA DE DOR SAÍDA		ASS.			

()SONDA VESICAL	()DRENO DE SUCÇÃO	()DRENO TORACICO	()DVE	()COLOSTOMIA	SONDA ()NASOG ()NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

VOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

8:00h Admitida no PTA no pós de TAH em p/ Ss. ept. de raque anestesia. Locomotiva. Respirando espontaneamente. Boas estrias gástricas. Peso 67kg. P.A 99/60

RESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA *Bruno Souza*
V. Soares
 HORÁRIO
 ANESTESELOGISTA



**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: SUS

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

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845>
Número do documento: 2009020945561020000011054845

Num. 11674885 - Pág. 31

**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
Requisição:	919581	Solicitação: 08/02/2019	Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA	
Controle:	1151022	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 234 LEITO 241

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 08/02/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

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

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/02/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 67010
SAME - HUT
ABONFERF CÓM 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
equização:	919581	Solicitação: 08/02/2019
controle:	1151022	Convênio: SUS
		Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
		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.

(SUS CEZAR)

TERESINA - PI 14/02/2019


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
 CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845>
 Número do documento: 2009020945561020000011054845

Num. 11674885 - Pág. 33

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 integros.

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845>
Número do documento: 2009020945561020000011054845

Num. 11674885 - Pág. 34



Ortopedistas

- Dr. Albert Medeiros
CRM 3567
- Dr. Elias Barbosa
CRM 1033
- Dr. Osvaldo Mendes
CRM 2108
- Dr. Pedro Colmira
CRM 1827
- Dr. Ponciano Rodrigues
CRM 913
- Dr. Sether 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
Fachet
Geap
Ipmt
Iapep
Intermed
Medplan
Saúde Caixa
Planalto
Plante
Unimed

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 8684 - 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: Maria Olímpia 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 no Mês de Maio
"verso" da folha
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

Num. 11674885 - Pág. 36

**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:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

SSVV: (Hora: ____ : ____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m ² Pulso: bmp Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: Acidente de moto com dor em pé D

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
Exames Complementares: IX	

Prescrição Médica: medicamentos

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

Assinatura Paciente ou Responsável	<i>ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO CRM PI 3531 Em: 08/02/2019 00:51:55</i>
---	--

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845
Número do documento: 2009020945561020000011054845

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	Wanilda Oliveira Oliveira Gomes		
Diagnóstico pré-operatório	Fractura de I e II Metatarsos D		
Operação - Tipo	Lmc + Frangos c1 Fx		
Cirurgião	Dra. Wanilda	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Hoc	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		Dr. Marcus	Racine
Data da Operação	08/02/19	Inicio	03:40
Diagnóstico Pós-operatório	Fratura de I e II Metatarsos D c1 Fx 15		

Relatório Imediato do Patologista

Ø

Acidente Durante a Operação

Não houve

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Coluna de I e II Metatarsos
 - 2) Manoplares + Anatomia + Corte estabilizante
 - 3) Fissura ampliada de junta metatarso-falangea
 - 4) Desbridamento + Draining de SB, gânglio grande
 - 5) Fixação de Fratura de I e II Metatarsos D c1 Fx 15
 - 6) Tronco de sartório
 - 7) Sutura pele + cutânea
- Dr. Wanilda Oliveira Gomes Costa
CRM-PI 10033 / CRF-PI 6633
- Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
COM O ORIGINAIS

CONFIRMADO
CONFERENCIA
02/09/2020





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

232618

175495

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES	6 - Prontuário: 502031
7-CNS: 700504945197660	8-Nascimento: 04/05/1992
9-Sexo: Feminino	RG: 3451347 - SSP PI
11-Mãe: MARIA DE LOURDES OLIVEIRA LIMA	12-Fone: 86-98831-5913
13-Resp: MARIA DE LOURDES	14-Cor: Sem Informação
15-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:

Perdida de audição de rot, evolvid com dor e febre a pés

21 - Condições que justificam a internação:

Flu com febre

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

R

23-Diagnóstico Inicial: Fratura de ossos do metatarso	24-CID Prin: S923	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:
--	-----------------------------	-------------------------	---------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050462	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA DOS METATARSIANOS	Tempo SUS 3
-----------------------------------	---	-----------------------

29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 804.614.683-87	34-Data Solicitação: 08/02/2019
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: WILANILDO LIMA COSTA				

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência: (<input type="checkbox"/>) Empregado (<input type="checkbox"/>) Empregador (<input type="checkbox"/>) Autônomo (<input type="checkbox"/>) Desempregado	46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
--	--	----------------------

48-Documento: (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
--	--------------------	------------------------------

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Quirin Lúcio Souza</i>	Usuário: (SOLIMAR BRITO) Consulta Local: 706619 Consulta SUS:
---	---





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 08/02/19.

NOME DO PACIENTE:	<i>Mariene Oliveira Vane Gonçalves</i>	PRONTUÁRIO N°:	<i>502031</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Extrato de I. II Metatomo ID</i>	CIRURGIA:	<i>Unc + Fracop c FLC</i>
ANESTESIA:	<i>Rapie</i>	Nº DA SALA:	<i>05</i>
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Wm. L. Costa</i>	CPF N°:	
AUXILIAR:	<i>Esteticista</i>	CPF N°:	
ANESTESISTA:	<i>Dr. Herculano Viana</i>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Hier.</i>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	01		LUVA N° 7,0	PAR	0,1	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA N° 7,5	PAR	0,2	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR		
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.	0,1	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	05	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO N°	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				<i>Eletrodos — 05</i>			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				<i>Excavas — 03</i>			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				<i>Cregom — 02</i>			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.				<i>fazee de sonact — 03.</i>			
ALCOFIL							
MONONYLON	2,0	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<i>Patricia Fontinete</i>		
PROLENE							

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula 2017300
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





INSTITUIÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

URGÊNCIA

AVIE D'UN PACIFIQUE

ME DU PAIX !

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Num. 11674885 - Pág. 41



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE (HUT)
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA -

PREScrição MÉDICA

CAMILA



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

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COSTA - 02/09/2020 09:45:33
<http://tipi.pie.ius.br:80/1/g/Processo/ConsultaDocumento/listView?seam:execute=20090209455610200000011054845>

Número do documento: 20090209455610200000011051815

Num. 11674885 - Pág. 42

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	IDADE		DATA
Horário de Admissão	hs	min	TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
CIRURGIA REALIZADA			CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO	SAÍDA	
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	126/58 mmHg		113/162 (78)
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	63 bpm		79
SATURAÇÃO DE O2 (%)	100%		98%
TEMPERATURA AXILAR (0°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA			Gonçalves

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" 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"/>
FÉPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnêa	0	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"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	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"/>
CONSCIÊNCIA	Está iúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	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"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESCALA DE DOR ATUAL	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASO GASTROSC
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

O2:5ch. Colocada na SRPA em P01 ob TTA Cirurgia de onda metatarsiana. Efectuado enxerto ósseo. Consciente orientada. Hemodrenagem estabilizada. Vias oculares em MTO, limpa e seco. Nem queixas no momento.

Raquel Mendes Pedreira
COREN 377593-EN

M. Aparecida Coutinho
COREN 377593-EN

07:50 saída da SRPA

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA
	HORÁRIO

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

Confere-se
Medida
Enfermagem
Anestesiologista

ENTO | IEXTERNO | SALA DE GESSO | IMAGENS E GRÁFICOS |

07:50:50



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

(User: ARTHUR SAMPAIO)

(Estação: GE35002)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Name:</u> MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES		<u>Frontuário:</u> 502031
<u>Mãe:</u> MARIA DE LOURDES OLIVEIRA LIMA		<u>Pai:</u> OSVALDO OLIVEIRA GOMES
<u>End. Resid.:</u> RUA SANTANA 2641 - CIDADE JARDIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 04/05/1992	<u>Idade:</u> 26a9ml2d	<u>Sexo:</u> Feminino <u>Fone:</u> 86-98831-5913
<u>Responsável:</u> MARIA DE LOURDES		<u>CNS:</u> 700504945197660
<u>Profissão:</u> NAO INFORMADO		<u>Documento:</u> RG: 3451347 - SSP PI
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
		Indefinido

Breve História Clas. Risco:

<u>SSVV:</u> (Hora: ____ : ____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m ² Pulso: bmp Pressão: mmHg
<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u>
trauma em pe
<i>AoCC pi Lnc</i>

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	

<u>Exames Complementares:</u>	<i>Z</i>
pe	

<u>Prescrição Médica:</u>	<i>Juana Luisa Mendes de Souza SANE-HUT CONFERE COM O ORIGINAL</i>
---------------------------	--

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>	<i>Joana Luisa Mendes de Souza Matrícula: 47380 SANE-HUT CONFERE COM O ORIGINAL</i>
<u>Observação (Adulto)</u>	<u>DATA:</u> / / . <u>HORA:</u> : .

-----ira Paciente ou Responsável

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





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestésico(a)

Data da Operação

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Menor mitaneo agudo
operado
fim et
fim em per
fim de joia

Mod. 76 HUT



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. 45



233122

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AUDIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Laudo 178106

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paculta com dor abdominal per Abdome

21 - Condições que justificam a internação:

Enterite

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

PPC

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin: **T009** 25-CID Sec.: **0** 26-CID C.Ass.: **0**

27-Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

Tempo SUS: **3**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	Tempo SUS: 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 877.154.063-68	33-CNPJ Seguradora: 078561000101
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA	34-Data Solicitação: 16/02/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vinculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO		47-Data Autorização:
46 - Nome do Profissional Autorizador:		<i>Joana Lúcia de Souza Mesquita</i>
48-Documento: ()CNS ()CPF	49-Num. Documento:	<i>Matrícula 7390 SAM-HUT CONFIRMO COMO ORIGINAL</i>

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **(KARLA BATISTA)**
Consulta Local: **707967**
Consulta SUS:
16/02/2019 08:15:31



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
<http://tjpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845>

Número do documento: 2009020945561020000011054845

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR EM MI

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EX FÍSICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
I009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

LEITO/CLÍNICA ORTOPDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 16/02/2019
DATA ADMISSÃO 16/02/2019 07:11	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARLONIDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 0705940361 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Joana Lúcia Meia S. CONFERI F. Soares
DATA ANÁLISE: 16/02/2019 08:24:46	CPF CRM DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE M. Osmanha Quicim Boane					Nº DE REGISTRO		
DATA: 16/03/17		P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÉNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES <i>600 ml oxygênia 100 ml suco</i>
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T		260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO		38					SEQUÊNCIA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS		28.30	09.20				DURAÇÃO 30'
TÉCNICAS						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERADORES							
CIRURGIÕES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
ANESTESESTAS							
PARTICULARIDADES							

MOD 76 - HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 16/07/19

NOME DO PACIENTE	<i>Maria Oliveira Gomes</i>	PRONTUÁRIO N°:	<i>502031</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Fun em p/ 18</i>	CIRURGIA:	<i>Fun p/ 18</i>
ANESTESIA:	<i>Rogério</i>	Nº DA SALA:	<i>09</i>
CIRURGIÃO:	<i>Dr Chagas</i>	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESISTA:	<i>Dr Enzo</i>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Eduarda</i>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

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

CONFIRMADO - 09/07/2020
SANE-HUT

CONFIRMADO - 09/07/2020
SANE-HUT





INSTITUIÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

HOSPITAL MUNICIPAL DE PRESSCRIÇÃO NEGRA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845>
Número do documento: 2009020945561020000011054845

Num. 11674885 - Pág. 50



PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC.	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES	43512	04/05/1992	26	Ortopédica	237	253	OBSERVAÇÕES
ATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA						
:16/02/2019 INFECÇÃO PÉ D							
17/02/19							
1 Dieta oral livre Dr. Joelma Neuropsiquiatra CRN 1234567890							08: 20 h - Feito exames no
2 jelco salinizado							Fe de 16/2 (nº) . Kabs
3 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							12: h . PA = 110 / 70 mmHg
4 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							24:00 => Vc e cecado
5 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							SS990 - P.A: 121 X 67 -
6 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							P = 67 bemp
7 Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							COREN-PI 004371-AE
8 Curativos diários							
9 Cuidados gerais e sinais vitais							
CONTEÚDO ORIGINAL							
Dr. Giordano Cr. Ortopedia e Traumatologia / CRM 3415-TEOT10029							Dr. Ricardo S. Valenca / Ortopedia e Traumatologia / CRM 3766-TEOT11305 / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho / Ortopedia e Traumatologia / CRM 3367



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
RGENCIA DE TERESINA - HUT

HOSPI DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



DET

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA			
ME <u>Maria Oliveira Gomes</u>	IDADE <u>26</u> anos	DATA <u>16/10/2019</u>	
RÁRIO DE ADMISSÃO <u>06 hs 57 min</u>	TIPO DE ANESTESIA <u>()GERAL (X)RAQUE ()BLOQUEIO ()PERIDURAL ()SEDAÇÃO</u>		
IURGIA REALIZADA <u>L.M.C.</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. Francisco Chagas</u>	

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO	SAIDA	
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>95/66</u>		<u>106/64</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>68</u>		<u>72</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>99%</u>		<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)			
REQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>M. dos Reis</u>		<u>M. dos Reis</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSÃO		SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input 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"/>
ESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
IRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input 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"/>
ONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperga, 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 O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ 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 ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL		
ESCALA DE DOR SAÍDA		ASS.		

()SONDA VESICAL	()DRENO DE SUCÇÃO	()DRENO TORACICO	()DVE	()COLOSTOMIA	SONDA ()NASOG ()NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

VOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
8/09h Admitida no PTA no pós de TAH em p/ Ss e exs de raque anestesia. Locomotora Respirando espontaneamente. Boas estrias gástricas. Peso 67kg P.A 99/60

RESSCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA *Bruno Souza*
Jeferson
 HORÁRIO
 ANESTESELOGISTA



**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: SUS

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

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845>
Número do documento: 2009020945561020000011054845

Num. 11674885 - Pág. 54



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
Requisição:	919581	Solicitação: 08/02/2019	Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA	
Controle:	1151022	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11	Atendimento: 232618 ENFERMARIA 234 LEITO 241

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 08/02/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

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

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/02/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 67010
SAME - HUT
ABONFERF CÓM 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=2009020945561020000011054845>
Número do documento: 2009020945561020000011054845

Num. 11674885 - Pág. 55



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
equização:	919581	Solicitação: 08/02/2019
controle:	1151022	Convênio: SUS
		Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
		CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 241

RELATÓRIO:

cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 08/02/2019

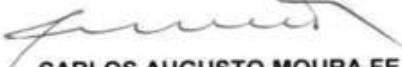
PE OU PODODACTILO DIREITO

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.

(SUS CEZAR)

TERESINA - PI 14/02/2019


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
 CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845>
 Número do documento: 2009020945561020000011054845

Num. 11674885 - Pág. 56

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 integros.

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845>
Número do documento: 2009020945561020000011054845

Num. 11674885 - Pág. 57

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035245/20

Vítima: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

CPF: 062.356.753-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/02/2019

Titular do CPF: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES : 062.356.753-99

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PÁG 4/6/14_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE Maria Osmarina Oliveira Gomes		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteira	Profissão: secretaria
Identidade nº: 3451347 SSP/PI	CPF nº: 062.356.753-99	
Endereço: R. maria da Jesus Silveira, 2601 vale ouro tem		
CEP: 64.066-260	Telefone: (66) 99982-3093	TERESINA - PI

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

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica 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 trânsito ocorrido no dia 07/12/19 para a Vítima Maria Osmarina Oliveira Gomes

Teresina-PI 19/12/2019

Local e data

x Maria Osmarina Oliveira Gomes

- Vítima ou Representante Legal -

Cartório
Themistóles
Sampaio
e outros devidos respeitos

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lázaro Neves, 1231 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (66) 3221-4100 - E-mail: autenticacao@tjpi.jus.br
Titular: Amélia Gonçalves de Sampaio De Souza

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES. DOU FE. EM 19/12/2019 DA VERDADE.
Teresina-PI 19/12/2019. Sel: AAP10685-SP7Y

KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS - ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:3,85 ITR:0,77 FMMP/PI:0,10 Sel:0,26 Total:4,98 - OP:140
PROCURAÇÃO PARTICULAR

3º OFÍCIO DE NOTAS

CONSULE O SEL
DIGITAL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035245/20

Vítima: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

CPF: 062.356.753-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/02/2019

Titular do CPF: MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

MARIA OSMARINA OLIVEIRA GOMES : 062.356.753-99

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020945561020000011054845>
Número do documento: 2009020945561020000011054845

Num. 11674885 - Pág. 61