
Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190353445

Vítima: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190353445 **Vítima: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 30/04/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00559/00560 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14415370

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190353445

Vítima: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **001**

Agência: **000008270-8**

Conta: **000010000527-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3190353445
MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190353445**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14538994



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Autorização de pagamento



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

349.304.773-87

Nome completo da vítima

Maria Divina Vaz de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria Divina Vaz de Oliveira		CPF titular da conta 349.304.773-87	Profissão Agente de Saúde
Endereço Avenida Marginal Norte		Número 511	Complemento
Bairro A Lagoas	Cidade Paro	Estado Pernambuco	CEP 64145-000
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 8270

DV 8

CONTA

NRO. 527

DV 4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

DV

CONTA

NRO.

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Paro, Pi de 15 Junho de 2018

Local e Data

Maria Divina Vaz de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Ourocard



SISTEMA DE PAGAMENTO DIGITAL

5067 7560 4372 5957

VALIDADE:

10/22

MARIA D T OLIVEIRA

8270-8

527-4

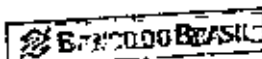
elo

Cartão de Atendimento BB 4004 0001 (Capitais) 0800 729 0001 (Demais localidades)

ASSINATURA AUTORIZADA

164

SAC 0800 729 0772
Banco do Brasil
Av. de Fátima
04011-700
Cidade de São Paulo
CEP 05433-900



Seu cartão de crédito Banco do Brasil S.A.
está sempre com você em qualquer
momento e em qualquer lugar.

VALIDADE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Autorização de pagamento



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 349.304.773-87	Nome completo da vítima Maria Divina Vaz de Oliveira
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria Divina Vaz de Oliveira		CPF titular da conta 349.304.773-87	Profissão Agente de Saúde
Endereço Avenida Marginal Norte		Número 51/N	Complemento
Bairro Alagados	Cidade Paro	Estado Piculi	CEP 64145-000
Email		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos a baixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 8270 (Informar dígito se existir)	DIV 8	CONTA NRO. 527 (Informar dígito se existir)	DIV 4
BANCO Nome 		NRO 	
AGÊNCIA NRO. 		CONTA NRO. 	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Paro Pi de **15** Junho de **2018**
Local e Data

Maria Divina Vaz de Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Ourocard

VALIDO EM TODAS AS LOJAS



5057 7560 4372 5357

VALIDO até:

10/22

MARIA D F OLIVEIRA

8270-8

elo

Cartão de Assinatura BB 4004 0071 (Cartão) 0070 778 0001 (Cartão de Assinatura)

ASSINATURA AUTORIZADA

184

BANCO DE BRASÍLIA

Cartão de Assinatura BB 4004 0071 (Cartão) 0070 778 0001 (Cartão de Assinatura)

SAC 0800 720 0071
Declarar a validade
do cartão de
assinatura BB
0070 778 0001
Cartão de Assinatura BB
0070 778 0001



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 349 304 773-87 Nome completo da vítima: Maria Dulcina Vaz de Oliveira

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

Nome completo: Maria Dulcina Vaz de Oliveira CPF: _____

Profissão: Agente de Saúde Endereço: Av. Marginal Gietz Número: 379 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: Paro Estado: PJ CEP: 64.145-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 86 988747067

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 8270 8 CONTA: 527 4
(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)

RECEBIDO

04 JUN 2019

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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou filhos nascidos (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Paro - 30.5.2019
Nome: Maria Dulcina Vaz de Oliveira
CPF: 349 304 773-87

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Dulcina Vaz de Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

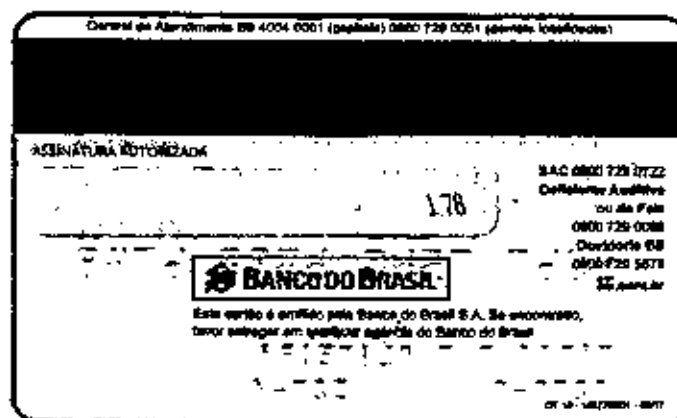
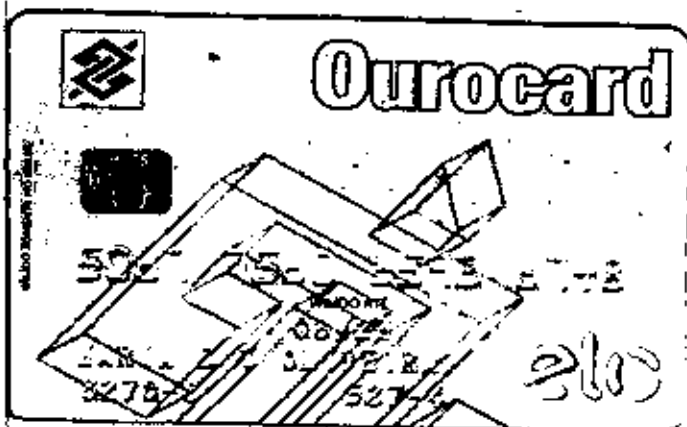
1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

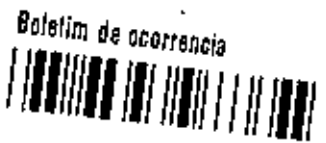
2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



INW



Governo do Estado do(a/e) Piauí
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
GÊNERIA DE POLÍCIA DO INTERIOR/REGIONAL ESPERANTINA
Delegacia de Porto
 Praça Alonso Silva, 278, Centro (86) 3243-1359

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (Alternativo)

Número do B.O. 148/2018-PORTO Resp. pelo Registro: EPC Francisco das Chagas S e Silva
 Delegacia Responsável: DP de Porto-PI Data: 21/05/2018 Horário 09:30 horas
 Delegado: Alisson Landin Macedo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Horário do fato: 08:20 horas Data: 30/04/2018 Local Rodovia Estadual - PI, que liga Porto a cidade de Barras
 Bairro: localidade Salinas Município: Porto Ponto de referência: Motel Love Story.

NATUREZA DO FATO

Lesão Corporal Culposa no Trânsito

DADOS DA INFORMANTE/VITIMA

Nome Antônio Dilson Sousa Rodrigues Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Porto - PI Profissão comerciante Data de Nascimento: 03/05/1977 Estado Civil: solteiro Filiação Francisco Nunes Rodrigues e de Maria Arlene Sousa Rodrigues RG 1.626.761 SSP-PI CPF: 874.539.433-91 Endereço: Avenida Matias Olimpio, 499- centro - Porto - PI Telefone: 86 - 98806-9499 (Elda) Email: não possui

PESSOAS ENVOLVIDAS

Vitima(s): O PRÓPRIO NOTICIANTE, DIEGO ALVES DOS SANTOS, Rg. nº 3.313.968 SSP-PI e CPF 049.570.073-81, Residente na Avenida Matias Olimpio, 499- centro - Porto - PI, RAYNAYRA SOUZA RODRIGUES, portadora nº 4.441.215 SSP-PI e CPF nº 054.915.973-84, Residente na Avenida Matias Olimpio, 499- centro - Porto - PI e MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA, RG. 754.913 SSP-PI e CPF 349.304.773-87, residente na Avenida Marginal Tietê, s/n, centro, Porto - PI.

Suspeito (s): não identificado.
 Testemunhas: não apresentou

OBJETOS MATERIAIS ENVOLVIDOS

Desc. Material: prejudicado

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Desc. Do(s) Veículo(s): Camioneta marca GM S10.2.8 D, ano/modelo 2002/2002, cor - verde, placa LVZ-7653, chassi 9BG138AC02C411985, Código RENAVAM nº 777730243, licenciado em nome de Antonio Dilson Sousa Rodrigues (noticiante) e caminhão Mercedes Benz/L1218R ano/modelo -2001/2001, cor branca, placa KEP 8931, condutor não identificado.

NARRATIVA DO FATO

O noticiante compareceu a esta Delegacia de Polícia para noticiar que por volta das 08:20 horas do dia 30/04/2018, trafegava no sentido norte/sul pela Rodovia Estadual - PI, que liga Porto a cidade de Barras PI conduzindo o veículo Camioneta marca GM S10.2.8 D, ano/modelo 2002/2002, cor - verde, placa LVZ-7653, chassi 9BG138AC02C411985, Código RENAVAM nº 777730243, licenciado em nome de Antonio Dilson Sousa Rodrigues (noticiante); QUE na localidade Salina, zona rural de Porto - PI, se envolveu em acidente de trânsito tipo colisão frontal com outro veículo tipo caminhão baú, marca Mercedes Benz/L1218R ano/modelo 2001/2001, cor branca, placa KEP 8931, com o logotipo da empresa TT distribuidora, que trafegava em sentido contrario e invadiu a pista preferencial do noticiante, dando causa ao sinistro; QUE em decorrência dessa colisão todos os ocupantes do veículo Camioneta marca GM S10.2.8 D, ano/modelo 2002/2002, cor - verde, placa LVZ-7653, acima citados sofreram Lesão Corporal; QUE as vítimas foram conduzidas para o Hospital de Barras - PI, onde receberam atendimento medico; QUE o condutor do veículo Mercedes Benz/L1218R ano/modelo -2001/2001, cor branca, placa KEP 8931, não foi identificado, pois se evadiu do local sem prestar socorro as vítimas; QUE o veículo do noticiante foi avariado dando perda total. Era o que se tinha para comunicar.

Porto, 21 de maio de 2018.

EPC- Francisco das Chagas Sousa e Silva
 Responsável pelo Registro

Antônio Dilson Sousa Rodrigues
 Antônio Dilson Sousa Rodrigues
 (noticiante)

Alisson Landin Macedo
 Delegado de Polícia

04-JUL-2018 08:47 611536 1/1
 DELEGACIA DE PORTO - PI



Sistema de ocorrência



Governo do Estado do(a/e) Piauí
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
GÊNERCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR/REGIONAL ESPERANTINA
Delegacia de Porto

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (Alternativo)

Número do B.O. 148/2018-PORTO
Delegacia Responsável: DP de Porto-PI
Delegado: Alisson Landin Macedo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Horário do fato: 08:20 horas **Data:** 30/04/2018 **Local:** Rodovia Estadual – PI, que liga Porto a cidade de Barras
Bairro: localidade Salinas **Município:** Porto **Ponto de referência:** Motel Love Story.

NATUREZA DO FATO

Lesão Corporal Culposa no Trânsito

DADOS DA INFORMANTE/VITIMA

Nome Antônio Dilson Sousa Rodrigues **Nacionalidade:** Brasileira **Naturalidade:** Porto - PI **Profissão** comerciante **Data de Nascimento:** 03/05/1977 **Estado Civil:** solteiro **Filiação** Francisco Nunes Rodrigues e de Maria Arlene Sousa Rodrigues **RG** 1.626.761 **SSP-PI** **CPE** 874.539.433-91 **Endereço:** Avenida Matias Olimpio, 499- centro - Porto - PI **Telefone:** 86 - 98806-9499 (Elda) **Email:** não possui

PESSOAS ENVOLVIDAS

PESSOAS ENVOLVIDAS

Vítima(s): O PRÓPRIO NOTICIANTE, DIEGO ALVES DOS SANTOS, Rg. nº 3.313.968 SSP-PI e CPF 049.570.073-81, Residente na Avenida Matias Olímpio, 499- centro - Porto - PI, RAYNAYRA SOUZA RODRIGUES, portadora nº 4.441.215 SSP-PI e CPF Nº 054.915.973-84, Residente na Avenida Matias Olímpio, 499- centro - Porto - PI e MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA, RG. 764.913 SSP-PI e CPF 349.304.773-87, residente na Avenida Marginal Tietê, s/n, centro, Porto -PI.

Suspeito (s): não identificado.

Testemunhas: não apresentou

OBJETOS MATERIAIS ENVOLVIDOS

Desc. Material: prejudicado

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Desc. Do(s) Veículo(s): Camioneta marca GM S10 2.8 D. ano/modelo 2002/2002, cor - verde, placa LVZ-7653, chassi 98G138AC02C411985, Código RENAVAL nº 777730243, licenciado em nome de Antonio Gilson Sousa Rodrigues (nôlicante) e caninhão Mercedes Benz/L1218R ano/modelo -2001/2001, cor branca, placa KEP 8931, condutor não identificado.

NARRATIVA DO FATO

O noticiante compareceu a esta Delegacia de Polícia para noticiar que por volta das 08:20 horas do dia 30/04/2018, trafegava no sentido norte/sul pela Rodovia Estadual - PI, que liga Porto a cidade de Barias PI, conduzindo o veículo Camioneta marca GM S10.2.8 D, ano/modelo 2002/2002, cor - verde, placa LVZ 7653, chassi 96G138AC02C411985, Código RENAVAL nº 777730243, licenciado em nome de Antonio Dion Souza Rodrigues (noticiante); QUE na localidade Salina, zona rural de Porto - PI, se envolveu em acidente de trânsito tipo colisão frontal com outro veículo tipo caminhão baú, marca Mercedes Benz/L1218R ano/modelo 2001/2001, cor branca, placa KEP 8931, com o logotipo da empresa TT distribuidora, que trafegava em sentido contrario e invadiu a pista preferencial do noticiante, dando causa ao sinistro; QUE em decorrência dessa colisão todos os ocupantes do veículo Camioneta marca GM S10.2.8 D, ano/modelo 2002/2002, cor - verde, placa LVZ-7653, acima citados sofreram Lesão Corporal; QUE as vítimas foram conduzidas para o Hospital de Barras - PI, onde receberam atendimento medico; QUE o condutor do veículo Mercedes Benz/L1218R ano/modelo -2001/2001, cor branca, placa KEP 8931, não foi identificado, pois se evadiu do local sem prestar socorro as vítimas; QUE o veículo do noticiante foi avariado dando perda total. Era o que se tinha para comunicar.

Porto, 21 de maio de 2018.

EPC- Francisco das Chagas Sousa e Silva
Responsável pelo Registro

Antônio Dilson Sousa Rodrigues
(iniciante)

Alisson Landin Macedo
Delegado de Policia

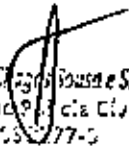


Governo do Estado do(a/e) Piauí
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
Gerência de Polícia do Interior/Regional Esperantina
Delegacia de Porto
Praça Alonso Silva, 278, Centro

DECLARAÇÃO

Declaro a pedido da parte do interessado conforme, Boletim de Ocorrência de nº **148/2017/PORTO-PI**, registrado nesta Delegacia; **QUE MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA**, foi vítima de Lesão Corporal no Transito, a **INEXISTÊNCIA** do **IML, CORPO DE BOMBEIROS, SAMUR e ANJOS DO ASFALTO**, na cidade de Porto, Campo Largo do Piauí e Nossa Senhora dos Remédios/PI, área de circunscrição desta Delegacia de Polícia.

DP – Porto/PI, 21 de maio de 2018.


Francisco dos Santos Sousa e Silva
Escrivão de Polícia Civil
Mat.: 93.777-5

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Maria Dalina Vaz de Oliveira

CPF da Vítima

349.304.773-87

Data do Acidente

30/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

86) 3802-276

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML



Ponto Pi de 15 Junho de 2018

Local e Data

Maria Dalina Vaz de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Maria Divina Vaz de Oliveira

CPF da Vítima

349.304.773-87

Data do Acidente

30/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

86) 3802-276

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML



Ponto *Pi* de *15 Junho* de *2018*

Local e Data

Maria Divina Vaz de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 08270-8

CONTA: 000010000527-6

Nr. da Autenticação E54680546BFF38CD



Castelo Branco, TO1 - Norte - Teresina - PI
 Qual: 19.301.556-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
 Internet: www.agespisa.com.br
 Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8838

Fatura Mensal

Hidrometro
 APB:024921

MAR/2018

Recepção Social/Endereço
 MARIA OLIVINA V OLIVEIRA
 AVE MARGINAL TIETE, S/N
 ALAGADOS
 PORTO 641-15000

Ativ= 90

Situação Água/Esgoto	Res.	Categorias de Uso	Inscrição
3/3	1	Com. Ind. PUC	
			85 1 05 0345 0006-000

21/02/2018 21/03/2018 28

Mês/Ano	Histórico de Consumo	Consumo	Outro
	Letras	Comuna	
09/17	10	4	32
10/17	18	8	0
11/17	24	6	0
12/17	29	5	0
01/18	36	7	0
02/18	41	5	0
03/18	44	3	0

Forma de Faturamento
FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO

Cod. Responsável	Código de Zonas
010211020	01

Consumo bruto	Consumo Fato Água	Consumo Fato Esgoto
6		

Consumo	Consumo Faturado
3	10

DESCRIÇÃO DA FATURA

Cod.	Nome do Serviço	Valor (R\$)
01	ÁGUA	26,91
02	ESGOTO	13,46
03	MULTA IMPUNTUALIDADE 001/001	1,71
04	JURIS DE HORA 001/001	2,15
05	MANUTENÇÃO HIDROMETRO	1,60

PAGAMENTO 28/03/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 45,83

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$22,26
 CONFORME LEI FEDERAL 21.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
 DIAS APÓS VENCIMENTO.

ANEXO 1 - CONTROLE DE FATURAMENTO DE ÁGUA E ESGOTO - 2018/2019

Parâmetros	Tubos	Com	Cloro	PH	Ferro	Calcário	Escherichia Coli
Valor Admissível Permitido	50	15	50	6,5 a 8,5	0,3	Até 100	Até 100
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio	0.63	0.00	1.10	6.53	0.25	0.00	0.00

CONCLUSÃO
 ATENÇÃO: A VALIDADE DA FATURA É DE 30 DIAS APÓS O VENCIMENTO.

**RESPICISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA
 ALTERNATIVA: ENTREGA 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR
 EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETA DE ESGOTO. COLETA DO LIXO PELA AGES
 PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL**



Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
 Fone: 3611.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
 Internet: www.agespisa.com.br
 Atendimento ao Consumidor: 0800 84 8888

Fatura Mensal

Hidrometro: **APC-024021** Data: **MAR/2018**

Endereço: **MARIA DIVINA V OLIVEIRA
 RUA MARGINAL TETE, S/N
 GLAGADOS
 PORTO 641-5000**

Consumo: **85 1 85 0345 0006-060**

Período: **21/02/2018** a **21/03/2018** Valor: **28**

Período	Consumo	Valor
09/17	10	3,2
10/17	18	5,6
11/17	24	7,6
12/17	20	6,4
01/18	36	11,2
02/18	41	12,8
03/18	44	13,6

Forma de Pagamento: **FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGACAO**

Cod. Responsável: **010211020** Endereço da Tarefa: **01**

Consumo Médio: **6** Consumo Mínimo: **3** Consumo Máximo: **18**

Nome do Serviço: **ÁGUA** Valor: **26,91**

ESGOTO Valor: **13,40**

MULTA IMPUNTUALIDADE 001/001 Valor: **1,71**

JURIS DE HORA 001/001 Valor: **2,15**

MANUTENÇÃO HIDROMETRO Valor: **1,60**

28/03/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** **45,83**

AVISO DE DÉBITO: CONTA: 1 VALOR: R\$ 45,83
 CONFORME Lei Federal 11.430/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
 DIAS APÓS VENCIMENTO.

ANEXO 1 - TABELA DE PREÇOS DE SERVIÇOS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA E ESGOTO

Valor	Unidade	Valor	Unidade	Valor	Unidade	Valor	Unidade
0,63	R\$	0,00	R\$	1,18	R\$	0,53	R\$
0,00	R\$	0,00	R\$	0,00	R\$	0,00	R\$

RECEBE A VALIDADE EM RUA, LUGAR E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL.

AGESPISA NÃO VAI MAIS MANEJAR SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA
 ALTERNATIVA: RETIRE 2 VIAS SITE WWW.AGESPISA.COM.BR
 EVITE JOGAR LIXO RU. RIDE CO. PARA ESGOTO DELETAR PELA AGES
 PISA RECEBE PROCESSO DE TRABALHO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Declaração Circular SUSEP 445/12



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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Mario de Lencas do Carmo inscrito (a) no CPF/CNPJ 006.139.233 / 24 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mario Diniz dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 349.304.773-87 do sinistro de DPVAT cobertura da Vítima Mario Diniz dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 349.304.773 / 87 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Advogado Renda: Advogado e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua São José, 100</u>		Número <u>936</u>	Complemento
Bairro <u>São José</u>	Cidade <u>Barras</u>	Estado <u>Brasília</u>	CEP <u>64.100-000</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 8802-0276</u>

Barras 21 de junho de 2018
Local e Data

Mario de Lencas do Carmo
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Dilson Sousa Rodrigues
 RG nº 1.626.761 data de expedição 29/11/95
 Órgão SSP-Piauí portador do CPF nº 874538433-91 com
 domicílio na cidade de Porto no Estado de
Piauí onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Avenida Jutias Olimpio nº 499
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Maria Divina Vaz de Oliveira cujo o condutor era

Veículo: Carro
 Modelo: GM/S10 2.8 D
 Ano: 2002
 Placa: LVZ-7653
 Chassi: 9BG138AC02C411985
 Data do Acidente: 30/04/2018
 Local e Data: 15/05/2018 Porto-Piauí

2º OFÍCIO

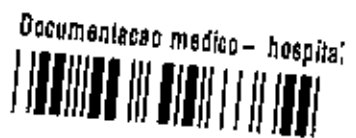
Antonio Dilson Sousa Rodrigues
 Assinatura do Declarante

Antonio Dilson Sousa Rodrigues

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO VIRGÍNIA 2º OFÍCIO
 AVENIDA PRESIDENTE VARGAS, CENTRO - Nº 81, PORTO - PIAUÍ
 RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO DILSON SOUSA
 RODRIGUES
 EM TEST. 15/05/2018 DA VERDADE. OCU FÉ. PORTO, 15/05/2018 11:08:56
Carlos Eduardo de Sousa Lima
 CARLOS EDUARDO DE SOUSA LIMA - ESCRIVENTE
 Emot. 3,71 TJ. 0,74 Selo 0,26 Total: 4,70





DECLARAÇÃO

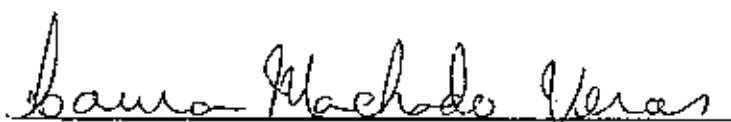
DP – Porto/PI, 21 de maio de 2018.

Francisco dos Santos Gouveia e Silva
Escrivão de 9.ª Classe Civil
Mat.: 582.27-6

DECLARAÇÃO

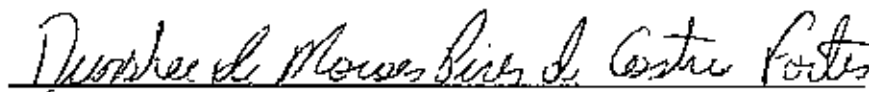
Declaramos para os devidos fins de direitos que se fizerem necessários que a senhora **MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA**, portadora do RG: 764.913 SSP/PI, CPF: 349.304.773-87, Brasileira, Piauiense, Maior, Solteira, Residente e Domiciliada na Avenida Marginal Tietê nº: 375, Centro, Porto – PI. As 08:40hs do dia 30/04/2018 (Segunda-Feira), deu entrada neste serviço de saúde no Hospital Drº Roosevelt Bastos em Porto-PI, vítima de acidente de Automobilístico na PI-212 no trecho entre as cidades de Porto e Nossa Senhora Dos Remédios, precisamente na Localidade Salinas deste Município, onde foram realizados os primeiros socorros pela equipe de Enfermagem, a mesma estava consciente, orientada, afebril, sentindo dores pelo corpo, a face estava com edemas, inchada, sangramento nasal, devido o seu estado de saúde e com a ausência do Médico plantonista no momento do atendimento no hospital local, as 09:30hs ela foi transferida para o hospital de referencia, o Hospital Estadual Leônidas Melo da cidade de Barras-PI.

Por ser verdade, firmo presente Declaração.



LAURA MACHADO VERAS
DIRETORA ADMINISTRATIVA
CPF: 096.108.803-62

Enfª Laura Machado Veras
Dir. Adm. Hospital Dr. Roosevelt Bastos
CPF: 096.108.803-63 / COREN 202560-PI



DUNSHEE DE MORAES PIRES DE CASTRO FORTES
ENFERMEIRO PLANTONISTA
COREN-PI: 448.071
CPF: 035.912.893-96

Dunshee de Moraes P. C. Fortes
Enfermeiro
COREN-PI 448.071

Porto (PI), 30 de Abril de 2018.

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Maria Juliana Vaz de
Almeida Cart. Prof. Nº _____ Série: _____
necessita de 15 dias de licença para tratamento de saúde a partir
de 08/05/2018

Teresina, 08 de 05 de 20 18


Dr. Maria Juliana Vaz de Almeida
Médico(a) da Atenção Primária
Especialidade: Medicina Geral

NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Maria Divina Vas da
Almeida Cart. Prof. Nº _____ Série: _____
necessita de 15 dias de licença para tratamento de saúde a partir
de 08/05/2018

Teresina, 08 de 05 de 20 18



Dr. [Illegible]

NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Alta



HOSPITAL
DE EMERGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Marcia Ormaez de Oliveira
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 475284

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



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

Prontuario:

475284

Internação:

213438

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA				
End. Resid.: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO				
Cidade: PORTO - PI			CEP: 64145-000	
Sexo: Feminino	Nascimento: 09/03/1966	Idade: 52a:2m:22d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: TEC DE ENFERMEAGEM
Admissão: 30/04/2018	G.Instituição: Médio Completo	Fone: 86-98843-2676	Cartão SUS (CNS): 708002848475625	Procedência: PORTO
Pai: FRANCISCO VAZ DE OLIVEIRA			Mãe: MARIA GOMES DE OLIVEIRA	
Responsável: ESMERALDA VAZ				
End.Responsável: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO PORTO - PI 64145-000				
Documento: RG: 764913 - PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clínica:
Data: 30/04/2018	Hora: 13:25	Data: 08/05/2018	Hora: 7:42	SALA VERDE
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0404020526 - OSTEOSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR				
CID 10: S024 - Fratura dos ossos malares e maxilares				
Diagnóstico de Alta: Fratura dos ossos malares e maxilares				
Procedimento: Osteossíntese de fratura COZM				
CID 10:				
Tratamento Realizado:				
Osteossíntese das fraturas do complexo órbito zigomático maxilar Direito e Esquerdo				
Exames Realizados:				
T.C. de FACE				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

08/05/18

Data

[Assinatura]
Laurinda S. Gomes Brito Junior
Clínica de Emergência Hospital de Urgência de Teresina
08/05/2018



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

Unib. 2018
SIS SIS

Imp: 30/04/2018 23:43:23

(USAR: MARCELO RICARDO)

(Estação: RECEPCAO)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA		Prontuário: 475284	
Mãe: MARIA GOMES DE OLIVEIRA		Pai: FRANCISCO VAZ DE OLIVEIRA	
End. Resid.: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO - PORTO - PI - CEP: 64145-000			
Nascimento: 09/03/1966	Idade: 52a:1m:21d	Sexo: Feminino	Fone: 86-98843-2676
Responsável: ESMERALDA VAZ	CNB: 708002848475625		
Profissão: TEC DE ENFERMEAGEM	CPF: 708002848475625		
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Solteiro		
End. Local: -	EXAME: <i>Exame / 200</i>		
DATA: 01.05.18 00:36			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 662813	Data: 30/04/2018 23:39:30	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: 000000000
Acid. Trab.: Não	Trajetória?: Não	Tipico: Não
CID Secundário: V499		

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico há cerca de 16 h apresentando sinais de:
(A) Voz baixa, rouca, em estado de choque, com hemorragias de EF cervical
(B) MV + APT + S/A - clara pulmões e brônquios (C) Abdomen indolente, pele intacta, com
sangramento ativo (D) Glagor - 15, insensibilidade no DM membros (E) Ressonância de espina
probabilidade de lesão a coluna em face.

Dr. João Lustosa
Médico

CRM-PI 6638

PA: ☒ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	CID: _____
Diagnóstico Inicial:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Subido TC de crânio e face
- Ex. físico

RAIO-X REALIZADO

DATA: 30/04/2018
Técnico: *Rafael*

ALTA:	☐ Melhorado	☐ Administrativa	☐ Retornar à Unid. Origem:
	☐ Curado	☐ Por Indisciplina	☐ Transferência:
OBITO:	☐ Inalterado	☐ Por Evasão	DATA SAÍDA: ____/____/____
	☐ A Pedido		HORA: ____:____:____
DESTINO:		☐ Internação na Unidade	
☐ Até 24 hs	☐ Família	Proced. Solicitado: 0404020526	
☐ De 24 a 48 hs	☐ IML	S02.4	
☐ Após 48 hs	☐ Anat. Patol.	CID Compatível:	

Dr. João Lustosa
Cirurgião
CRM-PI 6638

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: 30/04/2018 23:43:23
(MARCELO RICARDO)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA		Prontuário: 475284
Mãe: MARIA GOMES DE OLIVEIRA		Pai: FRANCISCO VAZ DE OLIVEIRA
End. Resid.: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO - PORTO - PI - CEP: 64145-000		
Nascimento: 09/03/1966	Idade: 52a:1m:21d	Sexo: Feminino Fone: 86-98843-2676
Responsável: ESMERALDA VAZ	CNS: 708002848475625	
Profissão: TEC DE ENFERMEAGEM	Documento: RG: 764913 - PI	
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 662813	Data: 30/04/2018 23:39:30	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÁNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / /	ESPECIALISTA: Neurol
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Politrauma - 18h 15	
sem dilação neurológica	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: **/ /**

Ausência de dor em esqueleto axial
TC Crânio: sem lesões neurológicas aparentes

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: **/ /** ESPECIALISTA: **Neurologia**

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: **Logica**

Novo TC Crânio em 12 horas
Neural qron

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: **/ /**

**Por vitima acidente automobilístico, apresenta as seguintes alterações: lesões em hemi-
por distal, equívoco, provavelmente sem importância. Acidente T.C. foi
verificado todos os dados do caso.**
**Indicação: intervenção para programação cirúrgica pelo BMT, após a
Dr. Sérgio Person S. Maia**

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL LEONIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ



Hospital Regional
Leônidas Melo

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:

Para:

Nome da pessoa encaminhada:

Registro:

Motivo do encaminhamento:

Observações:

Data:

Resposta:

Obs: Deve ser arquivado no centro de Saúde
Unidade Mista e Hospital Local ou Regional

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original:

Diagnóstico e Orientações:

Data:

Resp. p/ diagnóstico

Obs: Esta ficha deverá ser devolvida no
Hospital de origem através do próprio
Paciente devidamente fechada.

SUMÁRIO DE ALTA



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

Prontuario:
475284
Internação:
213438

Nome: **MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA**
End. Resid.: **RUA MARGINAL TIETE - CENTRO**
Cidade: **PORTO - PI** CEP: **64145-000**

Sexo: Feminino	Nascimento: 09/03/1966	Idade: 52a:2m:22d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: TEC DE ENFERMEAGEM
Internação		Alta		Permanência
Data 30/04/2018	Hora 13:25	Data 08/05/18	Hora 7:42	

Diagnósticos:

CID Principal: **Furunkulo do Complexo Orla-Zonária e foliculite**
CID Secundário:
CID Causa Norte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

Edema em hemifaca (9), equimose periorbital, furunkulo.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Paciente segue em BCG, LOROP, ausência de sinais ou sintomas de infecção, ausência de sangramento ativo, aceitando bem a dieta.

MEDICAÇÕES:

Analgesicos, anti-inflamatórios e antibióticos.

CIRURGIA: Data: **07/05/18** Tipo:

Ortomaxilar de fratura COZM

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Acompanhamento ambulatorial

Tipo de Alta: () Curado (X) Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
() Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião: Bico-Maxilo Facial
CEP: 21.774

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Maria Divina Vaz de Oliveira	PRONTUÁRIO	472584
DA CLÍNICA	BUCOMAXILO	LEITO	
DA CLÍNICA	CLÍNICA MÉDICA		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente ~~mot~~ automobilístico com fraturas em face com necessidade de intervenção cirúrgica, porém relata ter osteoporose e não toma medicações. Solicita avaliação e auxilio cirúrgico com placas e parafusos.

Dr. José Carlos Gomes Filho
CIRURGIABUCOMAXILO-FACIAL
IMPLANTODONTIA
CRM-PI 2000

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

DATA: 02/05/18

PARECER

Prd de / cit. para
clínica ortopédica e
avaliada.

Recebido em
12/05/2018
14:00h
CRM-PI 1189

André D. Freitas Santos
Médico - Medicina do Trabalho
CRM-PI 1189

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

PORTO ALLI
CAREGGI



NOME DO PACIENTE Maria Oliveira de Oliveira		PRONTUÁRIO 475284		D. NASCIMENTO 12/05/1964		CLÍNICA 1001		ENF. ou APT. Ale		LEITO 1	
ANISTICO ATUAL E COMORBIDADES PC + volume de oxigênio suplementar		ALERGIAS		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES ATEND. DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA:					
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 30/04/78 HORA: 14:00		DATA: 30/04/78 HORA: 14:00		EXAME: 000000		DATA: 30/04/78 às 19h00.					
01. Dieta ZERO		02. Dieta ZERO		03. Dieta ZERO		04. Dieta ZERO					
05. Dieta ZERO		06. Dieta ZERO		07. Dieta ZERO		08. Dieta ZERO					
09. Dieta ZERO		10. Dieta ZERO		11. Dieta ZERO		12. Dieta ZERO					
13. Dieta ZERO		14. Dieta ZERO		15. Dieta ZERO		16. Dieta ZERO					
17. Dieta ZERO		18. Dieta ZERO		19. Dieta ZERO		20. Dieta ZERO					
21. Dieta ZERO		22. Dieta ZERO		23. Dieta ZERO		24. Dieta ZERO					
25. Dieta ZERO		26. Dieta ZERO		27. Dieta ZERO		28. Dieta ZERO					
29. Dieta ZERO		30. Dieta ZERO		31. Dieta ZERO		32. Dieta ZERO					
33. Dieta ZERO		34. Dieta ZERO		35. Dieta ZERO		36. Dieta ZERO					
37. Dieta ZERO		38. Dieta ZERO		39. Dieta ZERO		40. Dieta ZERO					
41. Dieta ZERO		42. Dieta ZERO		43. Dieta ZERO		44. Dieta ZERO					
45. Dieta ZERO		46. Dieta ZERO		47. Dieta ZERO		48. Dieta ZERO					
49. Dieta ZERO		50. Dieta ZERO		51. Dieta ZERO		52. Dieta ZERO					
53. Dieta ZERO		54. Dieta ZERO		55. Dieta ZERO		56. Dieta ZERO					
57. Dieta ZERO		58. Dieta ZERO		59. Dieta ZERO		60. Dieta ZERO					
61. Dieta ZERO		62. Dieta ZERO		63. Dieta ZERO		64. Dieta ZERO					
65. Dieta ZERO		66. Dieta ZERO		67. Dieta ZERO		68. Dieta ZERO					
69. Dieta ZERO		70. Dieta ZERO		71. Dieta ZERO		72. Dieta ZERO					
73. Dieta ZERO		74. Dieta ZERO		75. Dieta ZERO		76. Dieta ZERO					
77. Dieta ZERO		78. Dieta ZERO		79. Dieta ZERO		80. Dieta ZERO					
81. Dieta ZERO		82. Dieta ZERO		83. Dieta ZERO		84. Dieta ZERO					
85. Dieta ZERO		86. Dieta ZERO		87. Dieta ZERO		88. Dieta ZERO					
89. Dieta ZERO		90. Dieta ZERO		91. Dieta ZERO		92. Dieta ZERO					
93. Dieta ZERO		94. Dieta ZERO		95. Dieta ZERO		96. Dieta ZERO					
97. Dieta ZERO		98. Dieta ZERO		99. Dieta ZERO		100. Dieta ZERO					

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF ou APT.	LEITO
Nome <i>Guilherme</i> Sobrenome <i>Uaz de Oliveira</i> ADMISSÃO ATUAL E COMORBIDADES <i>Osteoartrite unid e tczm</i>		ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE	OBSERVAÇÕES		
DATA: <i>08/05/18</i> HORA: <i>20:42</i> PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	<i>ort. plvta. loop. com ex. em t. 08.05.18</i> <i>64. R. 08.05.18. 08.05.18</i>			
<i>Alta</i>		<i>Alta</i>				
<i>ADSP 17.11.18</i>		<i>ADSP 17.11.18</i>				

Dr. Moisés Araújo da Silva
 Cirurgião de Otorrinolaringologia
 CRM 17.775

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriana Oliveira Data: 1/1 Posto: Sexo: M () F () Idade: Procedência:
 Ent: 212 Leito: 160 prnt: Município de origem:
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

01	Medicamentos utilizados:	<u>na gus</u>
02	Fatores Riscos: () Fumante () Etilista () Drogas	
03	Alérgias: (X) não () sim, quais?	
04	Doenças preexistentes? Quais?	<u>na gus</u>
05	Mobilidade: () presente () ausente (X) com ajuda	
06	Acompanhante: (X) sim () não	
07	Nutrição: () não aceita () SNE (X) zero () gastrostomia () VO	
08	Eliminações: () normais () Colostomia () Ileostomia () Maltaria	
09	() Enterorragia () Constipação () Diarréia Qual foi a última evacuação? Diurese: () espontânea () Acuria () Hematúria () Oligúria () Polúria () Polaciúria () Disúria () Cistostomia () Retenção urinária () SVA () SVD	
10	Sono e Repouso: () Satisfatório () Insatisfatório Uso da medicação? Quais	
11	Ferida operatória: () Necrótica () Infectada () Granulada () Epitelizada () Limpa e seca () úmida () Ulcera da pressão	
12	Dragens: () Kher () periose () auror () Jorax	
13	Imobilização: () MIE () MID () MSE () MSD	

HORA	TAX	PA	P	R	GLICEMIA	DIURESE	DRENOS
12h							
18h							
24h							
08h							

[Assinatura]
 Enfermeiro (a)

Vindo proveniente de outro hospital? Qual? Admissão/Avaliação: 14:15h. Paciente admitido ao SAE de fratura de crânio. Paciente consciente, orientado, físico e psíquico. Apresenta edema facial. Em dieta gela. Admissão segundo plano.
 Enfermeiro (a) [Assinatura]
 COREN - 10099

Enfermeiro (a)

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Maria Divina Vaz de Oliveira IDADE 52 anos DATA 07/05/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 05 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUÊ () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA Prostectomia de Uterio CIRURGIÃO Laurêncio

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>108/66</u>		
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>56</u>		
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>99</u>		
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>-</u>		
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (rpm)			
NOME/MATRÍCULA	<u>for Maria</u>		

ÍNDICE DE ALDRETT-KEE KROULIK

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() JVE	() Colostomia	Sonda: () NASOG () NASOE
hs	ml	hs	ml	hs	ml
hs	ml	hs	ml	hs	ml

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

07/05/2018 - R Posteriormente, fratura maxilar, caído
com perda, eie gordo, respiração
apoiado no O₂ para manter saturação maior que 90%
em repouso

Dr. Ronaldo José da Rocha
 ENFERMEIRO
 COREN-PI Nº 284.015

18:30h Rubro-atto brônquico, úmido
 Jovem, consciente, em repouso
 COREN-PI 312.332-ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO: () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E ORTOPEDIA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/05/2018

NOME DO PACIENTE	Mary Delyna 262 de	PRONTUÁRIO Nº	421284
DIAGNÓSTICO	FRATURA DO OMBRO D. (R. H. D.)	CIRURGIA	Fract. com plav. de
ANESTESIA	Genel	Nº DA SALA	09
CIRURGIÃO	Dr. Louzindo Brito	CPF Nº	005589773-2
AUXILIAR	Residentes	CPF Nº	
ANESTESIA	Dr. Loena	CPF Nº	
INSTRUMENTADORA	Jeymy	CPF Nº	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
MACROGOTA ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	UNID.	03	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	-		Leve	UNID.	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		-		YDY Nº 7.0:		01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG		-		Eletrodr -		05	
CAT. GUT. CROMADO C/AG		-		Ereolas		04	
CAT. GUT. CROMADO S/AG		-		Sonda uretral		01	
MONONYLON 5.0		01					
MONONYLON 7.0		01					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA:			
VICRYL 3.0		02		CIRCULANTE:			

Solomon marinho



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Maria Divina Luz de Oliveira

Diagnóstico pré-operatório

Fratura do Complexo Orbto Zigomático Maxilar (D) e (E)

Operação - Tipo

Osteossintese das Fraturas do Complexo OZM (D) e (E)

Cirurgião

Dr. Leonardo Sousa Brito Junior

2º Assistente

João Pereira

3º Assistente

Instrumentador(a)

Jeymy

Anestesiista

Dr. Lene

Anestesia

Local

Anestésico(s)

Data da Operação

07-07-2018

Início

09:00

Fim

11:00

Diagnóstico Pós-operatório

Fraturas do Complexo Orbto Zigomático Maxilar Direto e Esquerdo

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Antissepsia 2) Incisão e dissecção para acesso à fratura supra-orbitária (E) 3) Incisão e dissecção para acesso à fratura do arco zigomático Direto e Esquerdo 4) Redução e fixação 5) Osteossintese com placas e parafusos de 1.5 e 1.8 mm 6) Suturas e Curativos



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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA** (Prontuário: 475284)
Endereço: **RUA MARGINAL TIETE - CENTRO - PORTO - PI CEP: 64145-000**
Nascimento: **09/03/1966** Idade: **52a:1m:22d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **662813**
Requisição: **834245** Solicitação: **01/05/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: **1031660** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010044

Data Exame: 01/05/2018

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS FACIAIS ASSIM LOCALIZADAS:
- * PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DOS SEIOS MAXILARES.
- * SEPTO NASAL.
- * OSSO NASAL DIREITO.
- HEMOSSÍNUS EM SEIOS MAXILARES, CÉLULAS ETMOIDAIS E SEIOS FRONTAIS.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES COM ENFISEMA NAS REGIÕES MAXILARES E ORBITÁRIAS.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 01/05/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Assinatura do Médico Responsável
Data: 01/05/2018
Contrato com Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA** (Prontuário: 475284)
Endereço: **RUA MARGINAL TIETE - CENTRO - PORTO - PI CEP: 64145-000**
Nascimento: **09/03/1966** Idade: **52a:1m:22d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **662813**
Requisição: **834307** Solicitação: **01/05/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: **1031728** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 01/05/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- OPACIDADES HETEROGÊNEAS NOS ASPECTOS POSTERIORES DAS BASES PULMONARES.
- ENFISEMA DE PARTES MOLES EM REGIÃO CERVICAL E MEDIASTINO SUPERIOR.
- FRATURAS COMPRESSIVAS EM CORPOS VERTEBRAIS DE T10-T11 E L1, COM COMPROMETIMENTO DO MURO ANTERIOR E SEM AFETAR O CANAL VERTEBRAL.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 01/05/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

[Handwritten signature and stamp]

**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 DIVINA VAZ DE OLIVEIRA** (Prontuário: 475284)
Endereço: **RUA MARGINAL TIETE - CENTRO - PORTO - PI CEP: 64145-000**
Nascimento: 09/03/1966 Idade: 52a;1m;22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 662813
Requisição: 834341 Solicitação: 01/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1031769 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 01/05/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PEQUENO FOCO HIPERDENSO NO JOELHO DO CORPO CALOSO DE PROVÁVEL NATUREZA HEMÁTICA (LAD).
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

OBS.: PRATICAMENTE INALTERADO EM RELAÇÃO AO EXAME ANTERIOR.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/05/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



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

Prontuario:
475284
Internação:
213438

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA				
End. Resid.: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO				
Cidade: PORTO - PI			CEP: 64145-000	
Sexo: Feminino	Nascimento: 09/03/1966	Idade: 52a:2m:22d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: Téc de Enfermagem
Admissão: 30/04/2018	G. Instrução: Médio Completo	Fone: 86-98843-2676	Cartão SUS (CNS): 708602848475625	Procedência: PORTO
Pai: FRANCISCO VAZ DE OLIVEIRA			Mãe: MARIA GOMES DE OLIVEIRA	
Responsável: ESMERALDA VAZ				
End. Responsável: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO PORTO - PI 64145-000				
Documento: RG: 764913 - PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 30/04/2018	Hora: 13:25	Data: 08/05/2018	Hora: 7:42	SALA VERDE
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0404020526 - OSTEOSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR				
CID 10: S024 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares				
Diagnóstico de Alta: <i>Fratura dos ossos maxilares e maxilares</i>				
Procedimento: <i>Osteossíntese de fratura c/ 2 nr</i>				
CID 10:				
Tratamento Realizado:				
<i>Osteossíntese das fraturas do complexo órbita zigomático maxilar direito e esquerdo</i>				
Exames Realizados:				
<i>TC de face</i>				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

07/05/18

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO
HOSPITAL DR. ROOSEVELT BASTOS
Avenida Ozeas Arcanjo, 360 - Centro - Porto-PI
CNPJ: 06.654.414/0001-49 - CEP: 64.185-000 - Fone: (86) 3243-1147



REGISTRO	SUS 708 0028 4847 5625		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME <i>Maria Divina Vaz de Oliveira</i>			
DATA DE NASCIMENTO <i>09.03.66</i>	PROFISSÃO <i>Enfermeira</i>	COR <i>P</i>	SEXO MAS: ☐ FEM: ☒
MOR: <i>do Remédios</i>	TELEFONE	RG: <i>764.913</i>	
FILIACÃO: PAI <i>Fernando Vaz de Oliveira</i> MÃE <i>Maria Gomes de Oliveira</i>			
ENDEREÇO: <i>Avenida Marginal Tati</i>			
MUNICÍPIO: <i>Porto</i>	ESTADO: <i>PI</i>	CEP: <i>64.145000</i>	
DADOS DO ATENDIMENTO			
DATA DE ATENDIMENTO: <i>30.04.18</i>	HORA: <i>09:30</i>	PROFISSIONAL: <i>Enfermeira</i>	
PP: <i>100x60mmHg</i>	MOTIVO DO ATENDIMENTO		
<i>Paciente vítima de acidente automobilístico, apresentando dor nos membros superiores e inferiores, com lesões cutâneas.</i>			
<i>Dr. Carlos de Moraes P. C. Farias</i> Enfermeiro COREN-PI 448.071			
DIAGNÓSTICO			

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS**TRATAMENTOS**

Som Medica no momento, Foi transferido
para o hospital de Reparaçao na Catedral
de Barros - PI.

Doutor de Honoris P. C. Farias
Pneumologia
COREM-PI 448.071

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONSULTA BÁSICA	☐
AEROSOL	☐
DRENAGEM DE ABSCESSO	☐
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	☐
PEQUENA CIRURGIA	☐
SUTURA SIMPLES	☐
TERAPIA MEDICAMENTOSA	☐
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	☐
RETIRADA DE PONTOS	☐
RETIRADA DE GESSO	☐
CURATIVO	☐

DATA:

30.04.18

ASSINATURA DO MÉDICO

NOME:

L. Maria Rogelia de Menezes

Hospital Universitário do Piauí

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella S/N - Bairro Ininga
CEP 64059-450 - Teresina - PI - Brasil

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, que o paciente MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA, esteve sob meus cuidados profissionais, necessitando de 16 dia(s) de afastamento, a

Observações:

Teresina-PI, 16/05/2018

Dra. ~~Thais~~ Cristina A. Moreira
Cirurgia ~~Ortopedia~~
~~Ortopedia~~ Maxilo-Facial

THAIS CRISTINA ARAUJO MOREIRA
CRO 3005

Documentação médico - hospitalar



RECEBIDO

03 MAI 2019

Seguradora Líder DPVAT



Associação Médica Brasileira - AMB-PI

Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei Estadual Nº 101
de 4 de Fevereiro de 1948 • CNPJ: 06.981.807/0001-39
Federada à ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Presidente

Série - B

1890

ATESTADO DE SAÚDE

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS QUE MARIA DEUENA

VAZ DE OLIVEIRA

764913

RG/CPF 34930477387

GOZA NO MOMENTO DE BOA SAÚDE FÍSICA E MENTAL, NÃO SENDO PORTADOR(A) DE
MOLESTIAS INFECTO - CONTAGIOSAS, CONSTATAVEIS NO EXAME CLÍNICO.

MÉDICO
CRM 4886
CRM 19874

CRM 4886 CPF 00217723390

Rua David Caldas, 90/1º And. • Fone/fax: (86) 3221-4402 / 3221-8636
End. AMB-PI • Caixa Postal 57 • Cep: 64000-190 • Teresina - Piauí
Email: ambpi1938@gmail.com • www.ambpiaui.org.br



Associação Médica Brasileira - AMB-PI

Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei Estadual Nº 101
de 4 de Fevereiro de 1948 - CNPJ: 06.981.807/0001-39
Federada à ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA


Presidente

Série - C

08862

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins e a pedido do(a) interessado(a) que atendi

Marcia Divina Vaz de Oliveira

RG/CPF

764 973 538 / 81

portador do 522-1 (autorizado pelo paciente) necessita de

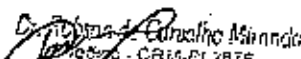
15 (quinze)

dias de repouso médico

em função da dor no membro superior direito

devido a uma lesão por acidente doméstico.

Atestado emitido em 21/08/2018


Dr. Carlos Miranda
CRM-PI 2876
CPF: 709.783.873-68

Porto - PI

21/08/2018

CRM 2876 CPF 709 783 873-68

Rua David Caldas, 90/1º And. - Fone/fax: (86) 3221-4402 / 3221-8636
End. AMB-PI - Caixa Postal 57 - Cep: 64000-190 - Teresina - Piauí
Email: embpi1938@gmail.com - www.ambpiaui.org.br

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Dt. Nasc: 09/03/1966 Idade: 52 anos Sexo: Feminino RG: 764913
CPF: 34930477387
Médico Solicitante: KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Atendimento: 1872104 Prescrição: 1524358
Data: 20/06/2018 16:44:36

CONCLUSÃO:

1. REDUÇÃO DIFUSA DOS VALORES DE ATENUAÇÃO ÓSSEA;
2. FRATURAS COMPRESSIVAS, COM ENCUNHAMENTO ANTERIOR, ACOMETENDO OS CORPOS VERTEBRAIS DE T3, T4, T5, T8, T10, T11 E L1, OBSERVANDO-SE PEQUENOS FRAGMENTOS ÓSSEOS DESTACADOS EM T11 E L1 E MÍNIMA RETROPULSAO DO MURO POSTERIOR NO NÍVEL DE L1, SEM REPERCUSSÃO SIGNIFICATIVA SOBRE A MEDULA ESPINHAL;
3. ESPONDILODISCOPATIA DEGENERATIVA TÓRACO-LOMBAR;
4. ABAULAMENTO DISCAL DIFUSO E SIMÉTRICO NO NÍVEL DE L4-L5;
5. DISCRETO ABAULAMENTO DISCAL POSTERIOR SIMÉTRICO NO NÍVEL DE L5-S1, SEM EFEITO COMPRESSIVO SIGNIFICATIVO SIGNIFICATIVO SOBRE AS ESTRUTURAS NEURAIS ADJACENTES;
6. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.


Daniel Augusto Lima Leite
CRM 3389

Rua Gov. Raimundo Arthur de Vasconcelos, 616
Centro/Sul - Teresina - Piauí
Fone: 86 3194-5100 / Fax: 86 3223-1935
E-mail: admgeral@hsmaria.com.br

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Dt. Nas: 09/03/1966 Idade: 52 anos Sexo: Feminino RG: 784913
CPF: 34830477387
Médico Solicitante: KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Atendimento: 1872104 Prescrição: 1524358
Data: 20/06/2018 16:44:38

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE COLUNA TÓRACO/LOMBAR
(6 filmes)**

TÉCNICA:

Estudo realizado com tomógrafo multi-slice através de aquisição volumétrica dos dados, com cortes submilimétricos, que foram pós-processados, obtendo-se imagens axiais. Realizadas reformatações nos planos coronal e sagital.

ACHADOS:

Redução difusa dos valores de atenuação córtico/esponjoso, com intensa substituição do trabeculado esponjoso por material lipomatoso.

Fraturas compressivas, com encunhamento anterior, acometendo os corpos vertebrais de T3, T4, T5, T8, T10, T11 e L1, observando-se pequenos fragmentos ósseos destacados em T11 e L1 e mínima retropulsão do muro posterior no nível de L1, sem repercussão significativa sobre a medula espinhal.

Discretas proliferações osteofitárias anteriores e laterais nos corpos vertebrais de T3 a T9 e L3 e L4.

Vértebra de L5 em "limbo".

Formação do fenômeno do vácuo discal nos níveis de T8 a T11.

Abaulamento discal difuso e simétrico no nível de L4-L5, que oblitera a gordura epidural anterior e toca a face ventral do saco dural.

Discreto abaulamento discal posterior simétrico no nível de L5-S1, sem efeito compressivo significativo sobre as estruturas neurais adjacentes.

Canal raquiano com morfologia e diâmetros normais.

Ligamentos amarelos e recessos radiculares com aparência tomográfica preservada.

Forames neurais íntegros.

Articulações interfacetárias anatômicas.




Daniel Augusto Lima Leite
CRM 3389

Rua Gov. Raimundo Arthur de Vasconcelos, 616
Centro/Sul - Teresina - Piauí
Fone: 86 3194-5100 / Fax: 86 3223-1935
E-mail: admgeral@hsmaria.com.br



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO
HOSPITAL DR. ROOSEVELT BASTOS
Av. Dirceu Arcoverde 360 – Centro
CNPJ: 06.554.414/0001-49 CEP: 64 145 000

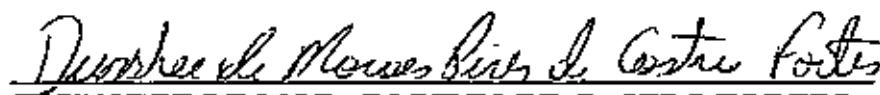
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direitos que se fizerem necessários que a senhora **MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA**, portadora do **RG: 764.913 SSP/PI, CPF: 349.304.773-87**, Brasileira, Piauiense, Maior, Solteira, Residente e Domiciliada na Avenida Marginal Tietê nº: 375, Centro, Porto – PI. As 08:40hs do dia 30/04/2018 (Segunda-Feira), deu entrada neste serviço de saúde no Hospital Drº Roosevelt Bastos em Porto-PI, vítima de acidente de Automobilístico na PI-212 no trecho entre as cidades de Porto e Nossa Senhora Dos Remédios, precisamente na Localidade Salinas deste Município, onde foram realizados os primeiros socorros pela equipe de Enfermagem, a mesma estava consciente, orientada, afebril, sentindo dores pelo corpo, a face estava com edemas, inchada, sangramento nasal, devido o seu estado de saúde e com a ausência do Médico plantonista no momento do atendimento no hospital local, as 09:30hs ela foi transferida para o hospital de referencia, o Hospital Estadual Leônidas Melo da cidade de Barras-PI.

Por ser verdade, firmo presente Declaração.


LAURA MACHADO VERAS
DIRETORA ADMINISTRATIVA
CPF: 096.108.803-62

Enfa Laura Machado Veras
Dir. Adm. Hospital Dr. Roosevelt Bastos
CPF: 096.108.803-63 / COREN 202560-PI


DUNSHEE DE MORAES PIRES DE CASTRO FORTES
ENFERMEIRO PLANTONISTA
COREN-PI: 448.071
CPF: 035.912.893-96

Dunshee de Moraes P. C. Fortes
Enfermeiro
COREN- PI 448.071

Porto (PI), 30 de Abril de 2018.

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Maria Juxina Vaz de

Almeida Cart. Prof. Nº _____ Série: _____

necessita de 15 dias de licença para tratamento de saúde a partir

de 08/05/2018

Teresina, 08 de 05 de 20 18


Dr. Marcos Araújo de Sá
Especialista em Medicina Geral
CRM 10.123

NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Maria Duxiana Vaz de
Almeida Cart. Prof. Nº _____ Série: _____
necessita de 15 dias de licença para tratamento de saúde a partir
de 08/05/2018

Teresina, 08 de 05 de 20 18



Dr. [Illegible]

NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Alto



NOME DO PACIENTE: Marcia Ormaez Vas de Oliveira
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 475284

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".



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

Prontuario:

475284

Internação:

213438

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA				
End. Resid.: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO				
Cidade: PORTO - PI			CEP: 64145-000	
Sexo: Feminino	Nascimento: 09/03/1966	Idade: 52a:2m:27d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: TEC DE ENFERMEAGEM
Admissão: 30/04/2018	G. Instituição: Médio Completo	Fone: 86-98843-2676	Cartão SUS (CNS): 708002848475625	Procedência: PORTO
Pai: FRANCISCO VAZ DE OLIVEIRA			Mãe: MARIA GOMES DE OLIVEIRA	
Responsável: ESMERALDA VAZ				
End. Responsável: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO PORTO - PI 64145-000				
Documento: RG: 764913 - PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

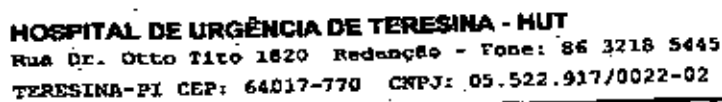
Internação		Alta		Clinica:
Data: 30/04/2018	Hora: 13:25	Data: 08/05/2018	Hora: 7:42	SALA VERDE
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0404020526 - OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR				
CID 10: S024 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares				
Diagnóstico de Alta: Fratura dos ossos maxilares e maxilares				
Procedimento: Osteossíntese de fratura C.O.Z.M.				
CID 10:				
Tratamento Realizado:				
Osteossíntese das fraturas do complexo Orbito Zigomático Maxilar Direito e Esquerdo				
Exames Realizados:				
T.C. de FACE				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

08/05/18

Data

[Assinatura]
Luzinete de Sousa Brito Junior
Chefe de Serviço de Pronto Atendimento
CRP 15.419



DADOS DO PACIENTE:

DADOS DO PACIENTE:		Prontuário: 475284	
Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA		Pai: FRANCISCO VAZ DE OLIVEIRA	
Mãe: MARIA GOMES DE OLIVEIRA			
End. Resid.: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO - PORTO - PI - CEP: 64145-000			
Nascimento: 09/03/1966	Idade: 52a:3m:21d	Sexo: Feminino	Fone: 86-98843-2676
Responsável: ESMERALDA VAZ	CNS: 708002948475625		
Profissão: TEC DE ENFERMEAGEM	CPF: 74147474	ALTERAÇÃO	
G. Instrução: Médio Completo	S. Civil: Solteiro	COMOGRAFIA COMPUTADO	
End. Local: - - -	EXAME: Urologia		
	DATA: 01.05.08.45.00		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 662813	Data: 30/04/2018 23:39:30	Condição: AMBULANCIA DO SAMU.	Convênio: 50029
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL			
Acid. Trab.: NÃO	Trajetória: NÃO	Típico: NÃO	CID Secundário: V499

DADOS CLÍNICOS:

DADOS CLÍNICOS:
Paciente vítima de acidente automobilístico há cerca de 16 h apresentando sinais de:
(A) Vias aéreas patentes, sem alterações locais (apical) porém sem anormalidades no EF cervical
(B) MV @ AHR & SICA: pulmões hiperinflados (C) Abdomen indolente, não inspetável, sem
surgimento ativo (D) Tórax = LS; movimento cinge no DM menor: (E) Presença de equimose
periductal bilateral e edema em face.

~~Dr. Lito Lustosa~~
Médico

CRM -PI 6828

PA: <u>X</u> mmHg	Pulso: <u> </u>	FC: <u> </u> bpm	Temp: <u> </u>	CID: <u> </u>
Diagnóstico Inicial:				

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Substâncias TC de maior e menor
- $\text{P}_{\text{H}_2\text{O}}$

RAIO X REALIZADO

DATA 20 104 120 13

Técnico: Requena

	() Melhorado	() Administrativa
	() Curado	() Por Indisciplina
ALTA:	() Alterado	() Por Evasão
	() A Pedido	

() Retorno a Unid. Origen: _____
() Transferência: _____

DATA SAÍDA: / / HORA

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado: 0404.02 0526

502.4

CID Compatible:

		<u>DESTINO:</u>
	() Até 24 Rs	() Família
<u>GRUPO:</u>	() De 24 a 48 Rs	() IML
	() Após 48 Rs	() Anat. Patol.

Dr. Paulo Roberto da Silva
Cirurgião Geralista
CRO-1774

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CRPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 30/04/2018 23:43:23
(MORCELO RICARDO)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA		Prontuário: 475284
Mãe: MARIA GOMES DE OLIVEIRA		Pai: FRANCISCO VAZ DE OLIVEIRA
End. Resid.: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO - PORTO - PI - CEP: 64145-000	Fone: 86-98843-2676	
Nascimento: 09/03/1966	Idade: 52a:1m:21d	Sexo: Feminino
Responsável: ESMERALDA VAZ	CNS: 708002848475625	Documento: RG: 764913 - PI
Profissão: TEC DE ENFERMEIRAGEM	E. Civil: Solteiro(a)	
G. Instrução: Médio Completo	End. Local: - - -	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 662813	Data: 30/04/2018 23:39:30	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: S O S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / / : ESPECIALISTA: *neu* *00:3h*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Politrauma* *- 18h 15*

sem diabetes *neurologia* *Geriatr.*

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

Apresenta dor em região axilar

TC crânio: sem lesão neurocirúrgica aparente

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / : ESPECIALISTA: *Ortopedia*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Lesão*

Novo TC crânio em 12 horas
- neural qron

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

Por vítima acidente automobilístico, apresenta dor em região axilar
por dor de equívoco, encaminhado sem necessidade
Verificados todos exames de rotina

Indicada intervenção para prognóstico cirúrgico pelo AUC
Dr. Sérgio S. Moura

Carimbo/Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL LEONIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ



Hospital Regional
Leonidas Melo

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:	Para: <u>HUB</u>
Nome da pessoa encaminhada: <u>MA JUVIA DAZ DE OLIVEIRA</u>	Registro: <u>PD 26524</u> <u>AVF 241061859</u>
Motivo do encaminhamento: <u>PRICADA (CAMBIAVA X PICK KUP SLO) e</u> <u>PRIC (HOMAGENA PORI GELSA BILHATEAM)</u>	
Observações:	

6/10/2018 15

Data: <u>30.04.18</u>	Resp. p/ encaminhamento: <u>952.123.00</u>	Obs: Deve ser arquivado no centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou Regional
-----------------------	--	--

FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para:
Nome do Cliente:	Registro Original:
Diagnóstico e Orientações:	
Data: <u> / / </u>	Resp. p/ diagnóstico

Obs: Esta ficha deverá ser devolvida no Hospital de origem através do próprio Paciente devidamente fechada.

SUMÁRIO DE ALTA



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

Prontuário:

475284

Interação:

213438

Nome: **MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA**

End. Resid.: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO

Cidade: PORTO - PI

CEP: 64145-000

Sexo:
Feminino

Nascimento:
09/03/1966

Idade:
52a:2m:22d

Estado Civil:
Solteiro(a)

Profissão:
TEC DE ENFERMEGEM

Internação

Alta

Permanência

Data
30/04/2018

Hora
13:25

Data
08/05/18

Hora
7:42

Diagnósticos:

CID Principal:

Furunkulo do Complexo Orbito-Lacrimal, unilateral

CID Secundário:

CID Causa Morte:

Cod. CID:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

Edema em hemiface (9), equimose periorbital, febre.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Paciente segue em BGG, LORP, ausência de sinais ou sintomas de infecção, ausência de sangramento ativo, aceitamos bem a dieta.

MEDICAÇÕES:

Analgesico, anti-inflamatório e antibiótico.

CIRURGIA:

Data: 07/05/18 Tipo:

Deltomistose de fratura COZ M

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Acompanhamento ambulatorial

Tipo de Alta: () Curado (X) Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
() Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião: Rto-Mexilo Facial
CRP 21772

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



REQUISICÃO DE PARECER

NOME	Maria Divina Vaz de Oliveira	PRONTUÁRIO	472584
DA CLÍNICA	BUCOMAXILO	LEITO	
À CLÍNICA	CLÍNICA MÉDICA		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente ~~mot~~ automobilístico com fraturas em face com necessidade de intervenção cirúrgica, porém relata ter osteoporose e não toma medicações. Solicito avaliação e risco cirúrgico com plenas e parafusos.

Dr. José Carlos J. Gomes Filho
GEORGIA BUDGETARY OFFICE
IMPLANT DENTIA
CERAMICS

DATA: 02 / 05 / 18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARÉCER

Prd of citogenesis
stimulates development of
protheca.

~~SECRET~~

Andrzej D. Fialas Santos
Mestre de Artes e Ciências do Trabalho
C.A.M. nº 1760

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTO OK!
CIR GERAT
Reor. Neu



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE <i>Maria Divina de Oliveira</i> DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>PCT retorno de acidente automobilístico</i>	PRONTUÁRIO <i>475284</i>	D. NASCIMENTO	CLÍNICA <i>Genel</i>	ENE ou APT. <i>OK</i>	LEITO
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: <i>30/04/18</i> HORA: <i>14h</i>		ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE	
HORÁRIO		OBSERVAÇÕES <i>MT DR. ZENON ROCHA</i> TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EXAME: <i>CRAN</i> DATA: <i>04.05.18, às 09h</i> TECNÓLOGO: <i>CRP-052</i>			
<i>01. DIETA ZERO</i> <i>02. SGL: 1000ml, EV. 14p/1m</i> <i>03. DIETASOM com LAD EV 6/1h.</i> <i>04. Análise PCT pelo médico</i> <i>05. SSVP e CGG</i>		<i>01. Dieta zero</i> <i>02. SGL</i>			
<i>Dr. Paulo Augusto</i> Médico CRM-PE 5638		<i>Dr. Zenon Rocha</i> Médico CRM-PE 5638			
<i>Genel 01/05/18 às 9:30h.</i> <i>Paciente vítima de acidente de trânsito com lesão ± 24h. AOE: Trauma torácico com fratura subcutânea. TC de tórax sem alterações; Abdome insuave.</i> <i>Col: Alta do Genel.</i> <i>em CG GERAT no momento</i>		<i>Otorrhea: líquida sem fuso</i> <i>CRAN (fusão) (E)</i> <i>Arterias de fus. língua</i> <i>angio / C.A</i> <i>Arterioles</i>			
<i>Dr. Paulo Augusto</i> Médico CRM-PE 5638		<i>Dr. Zenon Rocha</i> Médico CRM-PE 5638			

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE <i>Larissa Juliana Vaz de Oliveira</i>	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE ou APT.	LEITO
AGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>Osteomielite maxilar + Cza</i>	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
DATA: <i>08/05/18</i> HORA: <i>7:47</i>	HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
<i>ALTA</i>		<i>07h Alta Loop, com orientações</i> <i>Dr. Roberto Nóbrega com DSI/14</i>			
<i>HOSPITALAR</i>					
Dr. Marcos Araújo da Silva Cirurgião: Otorrinolaringologista CREM: 776					

ÉDICO/CRM:

Mod: 007

ENGMINWA 20 C.C. AS 08:00 H



FMS
Fundação Municipal de Saúde

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alma Dina Lages Oliveira Data: 11/11 Sexo: M (F) Idade: 63 Procedência: Admissão/Avulsão

Ent: 212 Leito: 160 pronto: 160 Município de origem: Velo proveniente de outro hospital? Qual?

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Admissão/Avulsão: 19.15h - Paciente admitida em sala de parto de CEMO (casamento, aniversário) pós-cirúrgica - Aparente adaptação física. Sem distúrbios. Distúrbios reportados: Dor abdominal - 01/02/2014

01	Medicamentos utilizados:	<u>mg</u>
02	Fatores Riscos: () Fumante () Eléctico () Drogas	
03	Alérgias: () não () sim, qual?	
04	Doenças preexistentes? quais?	<u>mg</u>
05	Mobilidade: () presente () ausente () com ajuda	
06	Acompanhante: () sim () não	
07	Nutrição: () não aceita () SNE () zero () gastrostomia () VO	
08	Eliminações: () normais () obstomias () ileostomia () Malena	
09	() Enterorregia () Correlação () Diarréia Qual foi a última evacuação?	
10	Diuréticos: () Respondentes () Anúria () Hematuria () Polúria	
11	() Polaciúria () Disúria () Cistostomia () Retenção urinária	
12	() SVA () SVD	
13	Sono e Repouso: () Satisfatório () Insatisfatório Uso de medicação? Qual	
14	Ferida operatória: () Necrótica () Infectada () Granulada () Epitelizada	
15	() Limpa e seca () Úmida () Úlcera de pressão	
16	Drenos: () Khar () peross () suctor () fôrax	
17	Imobilização: () MIE () MID () MSE () MSD	

HORA	TAX	PA	P	R	GLUCÊMIA	DIURESE	DRENOS
12h							
18h							
24h							
06h							

Enfermeiro (a)

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Maria Divina Vaz de Oliveira IDADE 52 anos DATA 07.05/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 11:05 min. TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fratura de Maxila CIRURGIÃO Laurinda

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>108/66</u>		
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>56</u>		
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>99</u>		
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>-</u>		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>17</u>		
NOME/MATRÍCULA	<u>João Manoel</u>		

ÍNDICE DE ALDRETT-KEE KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO	SAÍDA
Movimento os quatro membros	2	2
Movimento dois membros	1	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0
RESPIRAÇÃO		
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2
Apresenta dispnéia ou fadiga da respiração	1	1
Tem apnéia	0	0
CIRCULAÇÃO		
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2
PA em 20-40% do nível anestésico	1	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0
CONSCIÊNCIA		
Este paciente é orientado no tempo e espaço	2	2
Desperta, se solicitado	1	1
Não responde	0	0
SATURAÇÃO O ₂		
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL 10
 ASS [assinatura]
 João Manoel de Faria
 COREN-PI 312.332-01F

() Sonda VFsical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda: () Nasog () Nasoe
ml	ml	ml	ml		
ml	ml	ml	ml		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
11:05 - P.O. pós-operatório, fratura maxila com
curativo, orientado, respirando bem,
após a administração de oxigênio, sem
alterações.
 Dr. Ronaldo José da Rocha
 ENFERMEIRO
 COREN-PI Nº 264.018
 Dr. João Paulo da Silva
 ENFERMEIRO
 COREN-PI 312.332-01F

PRESCRIÇÃO MÉDICA
 ALTA SRPA
 12:15
 Dr. Carlos Gomes de Almeida
 MÉDICO
 COREN-PI 312.332-01F
 ANESTESIOLOGISTA
 ENCAMINHAMENTO: () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGEM E ORTODONTIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/05/2018

NOME DO PACIENTE	Marcos Davina 262 de	PROFISSIONAL Nº	421284
DIAGNÓSTICO	FRATURA DO COLARTEO (R.M.D.)	CIRURGIA	Fract. com plav. de
ANESTESIA	Local	Nº DA SALA	09 210000
CIRURGIÃO	Dr. Luizinho Brito	CPF Nº	005589443-5
AUXILIAR	Residentes	CPF Nº	
ANESTESIA	Dr. Joana	CPF Nº	
INSTRUMENTADORA	Jeymy	CPF Nº	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI no 15	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
MACROGOTA ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500 ml	PAC	03	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL no 10	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	-		Luva no 8.0		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA		-	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		-		YOT. Nº 7.0		01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG		-		Eletrodo		05	
CAT. GUT. CROMADO C/AG		-		Enxoval		04	
CAT. GUT. CROMADO S/AG		-		Sonda uretral no 16		01	
MONONYL 3.0		01					
MONONYL 2.0		01					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA			
VICRYL 3.0		02		CIRCULANTE			

Salma marinho



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Maria Durina Ibez de Oliveira
Diagnóstico pré-operatório Fratura do Complexo Orbital Ligamentar Maxilar (P) (E)
Operação - Tipo Osteossintese das Fraturas do Complexo OZM (P) (E)
Cirurgião Dr. Leonardo Brito 1º Assistente Aissa (Pericirúrgico)
2º Assistente João (Pericirúrgico) 3º Assistente //
Instrumentador(a) Jeymy Anestesista Dr. Lema Anestesia Local
Anestésico(a) //

Data da Operação 07-07-2018 Início 09:00 Fim 11:00

Diagnóstico Pós-operatório Fraturas do Complexo Orbital Ligamentar Maxilar Direto e Esquerdo

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

1) Autossutura 2) Sutura + drenagem para aliviar a pressão intra-orbitária (E) (E) Sutura + drenagem para aliviar a pressão do orbita ligamentar Direto e Esquerdo 3) Redução + fixação 4) Osteossintese com 07 parafusos de 1.5 e 18 parafusos 6) Sutura e Fechamento

Assinatura



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-710 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA** (Prontuário: 475284)
Endereço: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO - PORTO - PI CEP: 64145-000
Nascimento: 09/03/1966 Idade: 52a:1m:22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 662613
Requisição: 834245 Solicitação: 01/05/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1031660 Convênio: S.U.S.

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 01/05/2018

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS FACIAIS ASSIM LOCALIZADAS:
- * PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DOS SEIOS MAXILARES.
- * SEPTO NASAL.
- * OSSO NASAL DIREITO.
- HEMOSSÍNIOS EM SEIOS MAXILARES, CÉLULAS ETMOIDAIS E SEIOS FRONTAIS.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES COM ENFISEMA NAS REGIÕES MAXILARES E ORBITÁRIAS.

(GRANDI SILVA)

TERESINA - PI 01/05/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Atestado de Realização de Exame
Realizado em 01/05/2018
Paciente: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Controle: 1031660

[Assinatura]



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 DIVINA VAZ DE OLIVEIRA** (Prontuário: 475284)
Endereço: **RUA MARGINAL TIETE - CENTRO - PORTO - PI CEP: 64145-000**
Nascimento: **09/03/1966** Idade: **52a:1m:22d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **662813**
Requisição: **834307** Solicitação: **01/05/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: **1031728** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 01/05/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- OPACIDADES HETEROGÊNEAS NOS ASPECTOS POSTERIORES DAS BASES PULMONARES.
- ENFISEMA DE PARTES MOLES EM REGIÃO CERVICAL E MADIASTINO SUPERIOR.
- FRATURAS COMPRESSIVAS EM CORPOS VERTEBRAIS DE T10-T11 E L1, COM COMPROMETIMENTO DO MURO ANTERIOR E SEM APETAR O CANAL VERTEBRAL.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MADIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MADIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.

(GRANDI SILVA)

TERESINA - PI 01/05/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
CPF: 335.029.603-30 CRM 2353
Profissional Responsável

[Handwritten signature and stamp]



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 3445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA** (Prontuário: 475284)
 Endereço: **RUA MARGINAL TIETÊ - CENTRO - PORTO - PI CEP: 64145-000**
 Nascimento: **09/03/1966** Idade: **52a:1m:22d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **662813**
 Requisição: **834341** Solicitação: **01/05/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1031769** Convênio: **SUS**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 01/05/2018

T.C. DE CRÂNIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PEQUENO FOCO HIPERDENSO NO JOELHO DO CORPO CALOSO DE PROVÁVEL NATUREZA HEMÁTICA (LAD).
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

OBS.: PRATICAMENTE INALTERADO EM RELAÇÃO AO EXAME ANTERIOR.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/05/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

[Handwritten signature and stamp]



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

Prontuário:

475284

Internação:

213438

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA				
End. Resid.: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO				
Cidade: PORTO - PI			CEP: 64145-000	
Sexo: Feminino	Nascimento: 09/03/1966	Idade: 52a:2m:22d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: TEC DE ENFERMEAGEM
Admissão: 30/04/2018	G. Instrução: Médio Completo	Fone: 86-98843-2676	Cartão SUS (CNS): 708002848475625	Procedência: PORTO
Pai: FRANCISCO VAZ DE OLIVEIRA			Mãe: MARIA GOMES DE OLIVEIRA	
Responsável: ESMERALDA VAZ				
End. Responsável: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO PORTO - PI 64145-000				
Documento: RG: 764913 - PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 30/04/2018	Hora: 13:25	Data: 08/05/2018	Hora: 7:42	SALA VERDE
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0404020526 - OSTEOSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR				
CID 10: S024 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares				
Diagnóstico de Alta: Fratura dos ossos maxilares e maxilares				
Procedimento: Osteossíntese de fratura C0201				
CID 10: 				
Tratamento Realizado: Osteossíntese das fraturas do complexo órbito zigomático maxilar direito e esquerdo				
Exames Realizados: T.C. de FACE				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

08/05/18

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO
HOSPITAL DR. ROOSEVELT BASTOS
Avenida Othon Arcanjo, 380 - Centro - Porto-PI
CNPJ: 06.554.414/0001-48 - CEP: 64.145-000 - Fone: (86) 3243.1147



REGISTRO SUS 708 0028 48 47 5625

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Maria Dominga Vaz de Oliveira

DATA DE NASCIMENTO 09.03.66

PROFISSÃO Enfermeira

COR P

SEXO: MAS. FEM. ☒

MUR do Bonfim

TELEFONE

RG 764.913

PAI Francisco Vaz de Oliveira

FILIAÇÃO: MÃE Maria Gomes de Oliveira

ENDEREÇO: Avenida Manoel Teófilo

MUNICÍPIO Porto

ESTADO PI

CEP 64.145-000

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ATENDIMENTO 30.04.18

HORA: 09:30

PROFISSIONAL Juarez A.

PA 100x60 mmHg

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente vítima de acidente automobilístico, apresentando dor pelo corpo, rompendo a roupa por ferimentos, inchados.

Dispersão de Marcos P. C. Figueira
Enfermeiro
CRM 14.446-011

DIAGNÓSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

TRATAMENTOS

Sem Medica no momento, Foi transferido para o hospital de Referencia na Cidade de Boma - PI.

Doutor de Honoris P. C. Faria
 Médico Especialista
 COREM- PI 445.011

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONSULTA BÁSICA	☐
AEROSOL	☐
DRENAGEM DE ABSCESSO	☐
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	☐
PEQUENA CIRURGIA	☐
SUTURA SIMPLES	☐
TERAPIA MEDICAMENTOSA	☐
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	☐
RETIRADA DE PONTOS	☐
RETIRADA DE GESSO	☐
CURATIVO	☐

DATA:

30.04.18

ASSINATURA DO MÉDICO.

NOME:

Maria Rogéria de Moraes

Hospital Universitário do Piauí

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella S/N - Bairro Ininga
CEP 64059-450 - Teresina - PI - Brasil

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, que o paciente MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA, esteve sob meus cuidados profissionais, necessitando de 16 dia(s) de afastamento, a

Observações:

Teresina-PI, 16/05/2018

Dra. ~~Thais~~ Cristina A. Moreira
Cirurgia ~~Ortopedia~~ ~~Ortopedia~~
~~Ortopedia~~ ~~Ortopedia~~

THAIS CRISTINA ARAUJO MOREIRA
CRO 3005

Documentação médica - hospitalar



Atendimento: 3152216

Paciente MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Endereço ANTONIO BELARMINO, 375 CENTRO, 64000000, Teresina

Data de emissão: 14/05/2019 10:47:35

RECEITA MÉDICA

LAUDO MÉDICO

PACIENTE COM QUADRO DE DOR LOMBAR
CRONICA DE FORTE INTENSIDADE, COM
IRRADIAÇÃO PARA MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
E SUPERIOR ESQUERDO, ASSOCIADO A
PARESTESIAS E DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR
, DOR INCAPACITANTE, CARÁTER PROGRESSIVO E
ANTECEDENTE DE FRATURAS DE COLUNA
TORACICA. REALIZOU TC DE COLUNA TORACICA,
QUE EVIDÊNCIA HERNIA DE DISCO
INTRAESPONJOSO T10 E FRATURA COMPRESSIVA
DE T11, SEQUELA DE FRATURA DE T3, T4 E T5. TC
DE COLUNA CERVICAL COM PROTRUSÃO DISCAL
C3-C4 COM COMPRESSÃO NERVOSA, ESPONDILOSE
CERVICAL, COMPLEXO DISCO OSTEOFITARIO
DIFUSO. PACIENTE COM LIMITAÇÃO PARA
ATIVIDADES LABORATIVAS. SOLICITO
AFASTAMENTO POR 04(QUATRO) MESES PARA
TRATAMENTO.

Dr. Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PI 4144 1507 14675

CID M54

M54.4

Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 616 - Centro/Sul - Teresina - Piauí

Fone: 86 3194-5100 / Fax: 86 3223-1935 - E-mail: admgeral@hsmaria.com.br


Presidente

Série - C

08859

ATESTADO MÉDICO

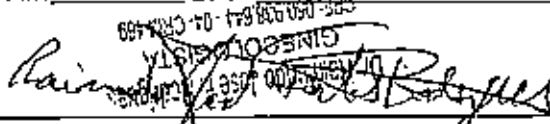
Atesto, para os devidos fins e a pedido do(a) interessado(a) que atendi

A senhora M^{te} Lúcia Vaz de Oliveira, quarenta e sete ab
dois meses, com acidente em rodovia RG/CPF 349364773-87, portadora
portadora CIB RO74 (autorizado pelo paciente) Necessitando de
09 dias de repouso para recuperação, não tendo
melhora imediata para a recuperação

Associação Médica Brasileira

Data 11.06.2008

CRM 469 CPF 00938664-04



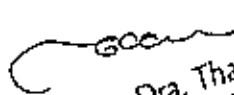


ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, que o(a) maria Divina
vaz dos Oliveira
necessita de 30 (trinta) dias de afastamento do
trabalho no período de 07 / 05 / 18 / a 06 / 06 / 18
para tratamento de saúde.

CID: S02 - 4

Teresina - PI, 04 de 05 de 20 18.


Dra. Thais Cristina A. Moreira
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
3005

Atendimento: 1790232

Paciente: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Endereço: ANTONIO BELARMINO, 375 CENTRO, 64000000, Teresina, PI

Data de emissão: 29/05/2018 14:23:32

RECEITA MÉDICA

Atestado:

Atesto para devidos fins que o(a) paciente foi por mim examinado(a) e é portador(a) de Disfunção do labirinto CID: H83.2. Precisa de 7 (sete) dias de repouso para plena recuperação.

[Assinatura]
Antonio Carlos Gonsalves Brito
CRM 1531
Antonio Carlos Gonsalves Brito
Otorrinolaringologista
CRM 1531-PI / CQE - 152
Fone: 3194-5100 / 3194-759-53

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direitos que se fizerem necessários que a senhora **MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA**, portadora do RG: 764.913 SSP/PI, CPF: 349.304.773-87, Brasileira, Piauiense, Maior, Solteira, Residente e Domiciliada na Avenida Marginal Tietê nº: 375, Centro, Porto – PI. As 08:40hs do dia 30/04/2018 (Segunda-Feira), deu entrada neste serviço de saúde no Hospital Drº Roosevelt Bastos em Porto-PI, vítima de acidente de Automobilístico na PI-212 no trecho entre as cidades de Porto e Nossa Senhora Dos Remédios, precisamente na Localidade Salinas deste Município, onde foram realizados os primeiros socorros pela equipe de Enfermagem, a mesma estava consciente, orientada, afebril, sentindo dores pelo corpo, a face estava com edemas, inchada, sangramento nasal, devido o seu estado de saúde e com a ausência do Médico plantonista no momento do atendimento no hospital local, as 09:30hs ela foi transferida para o hospital de referencia, o Hospital Estadual Leônidas Melo da cidade de Barras-PI.

Por ser verdade, firmo presente Declaração.



LAURA MACHADO VERAS
DIRETORA ADMINISTRATIVA
CPF: 096.108.803-62

Enfª Laura Machado Veras
Dir. Adm. Hospital Dr. Roosevelt Bastos
CPF: 096.108.803-63 / COREN 202560-PI



DUNSHEE DE MORAES PIRES DE CASTRO FORTES
ENFERMEIRO PLANTONISTA
COREN-PI: 448.071
CPF: 035.912.893-96

Dunshee de Moraes P. C. Fortes
Enfermeiro
COREN-PI 448.071

Porto (PI), 30 de Abril de 2018.

COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS
CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR

CLIENTE....:91816 MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
IDADE.....:52 anos
MÉDICO:THALISON DE S. COSTA
SEXO.....:

CNS: 708002848475625
REQ:
DATA EXAME: 07/03/2019
CONVÊNIO: SUS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE COLUNA TORÁCICA

TÉCNICA:

Cortes axiais da coluna torácica, com espessura de 5 mm.

ACHADOS:

Fratura compressiva do corpo vertebral de T11, com encunhamento anterior e irregularidade do contorno do platô superior, com esclerose óssea circundante, caracterizando alterações de evolução crônica.

Nota-se ainda imagem de hérnia intraesponjosa no platô superior de T10, com leve esclerose óssea circundante, podendo corresponder a alteração degenerativa ou pós-traumática.

Discreto infradesnívelamento dos platôs superiores de T3, T4 e T5, podendo corresponder a alteração degenerativa ou sequela de fratura.

Projeções osteofíticas ântero-laterais nos corpos vertebrais.

Redução dos espaços discais T9-T10 e T10-T11, com discreto gás intradiscal associado, de natureza degenerativa.

Leve abaulamento discal difuso e simétrico em T10-T11, determinando pequena compressão sobre o saco dural.

Canal vertebral ósseo e forames neurais têm amplitude preservada.

Pedículos vertebrais, lâminas e articulações interfacetárias sem alterações significativas.

Partes moles paravertebrais de aspecto normal.

Continua...

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

Dr. Carlos Eduardo Viana Fernandes
CRM2000

COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS
CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR

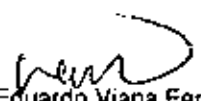
CLIENTE....:91816 MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
IDADE.....:52 anos
MÉDICO:THALISON DE S. COSTA
SEXO.....:

CNS: 708002848475625
REQ:
DATA EXAME: 07/03/2019
CONVÊNIO: SUS

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Fratura compressiva do corpo vertebral de T11, de aspecto crônico.
- Hérnia Intraesponjosa no platô superior de T10, com leve esclerose óssea circundante podendo corresponder a alteração degenerativa ou sequela de trauma.
- Discreta redução da altura dos corpos vertebrais de T3, T4 e T5, podendo corresponder a alteração degenerativa ou sequela de fratura.
- Espondilose cervical, com imagem de leve abaulamento discal difuso e simétrico em T10-T11 determinando pequena compressão sobre o saco dural.

ASSOCIAÇÃO REABILITAR


Dr. Carlos Eduardo Viana Fernandes
CRM2900

COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS

CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR

CLIENTE...:91816 MARIA DIVINA VAZ, DE OLIVEIRA
IDADE.....:53 anos
MÉDICO:ROBSON DE CARVALHO MIRANDA
SEXO.....:F

CNS: 708002848475625
REQ:
DATA EXAME: 26/03/2019
CONVÊNIO: SUS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA:

Cortes axiais da coluna cervical, com espessura de 2 mm.

ACHADOS:

Retificação da lordose cervical fisiológica.

Redução dos espaços intersomáticos C4-C5 a C6-C7, exibindo leve esclerose das placas terminais de aposição, com hérnia intrassomática nas placas terminais inferiores dos corpos vertebrais de C5 e C6 (Schmorl).

Osteófitos marginais nos corpos vertebrais cervicais, sobretudo em C4-C5 a C6-C7.

Discreta protrusão posterior de base larga do disco intervertebral C3-C4, determinando leve compressão sobre a face anterior do saco dural.

Complexo disco-osteofitário posterior difuso em C4-C5 a C6-C7, com maior componente de protrusão discal posterior, determinando compressão sobre a face anterior do saco dural, que associado a uncoartrose adjacente, determina redução da amplitude dos recessos foraminais.

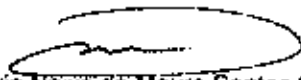
Corpos vertebrais e elementos posteriores cervicais: com morfologia, densidade e arquitetura córtico/esponjosa preservados.

Partes moles peridurais e paravertebrais anatômicas.

Canal raquiano com morfologia e diâmetros normais.

Continua...

ASSOCIAÇÃO REABILITAR


Dr. Jorio Neiva de Moura Santos Cordeiro
CRM4146

COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS

CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR

CLIENTE: 91816 MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

CNS: 708002848475625

IDADE: 53 anos

REQ:

SEXTO: ROEBSON DE CARVALHO MIRANDA

DATA EXAME: 26/03/2019

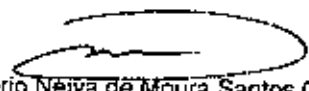
EXAME:

CONVÊNIO: SUS

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Retificação da lordose cervical fisiológica.
- Espondilose cervical, com os achados descritos acima.
- Discreta protrusão posterior de base larga do disco intervertebral C3-C4, determinando leve compressão sobre a face anterior do saco dural.
- Complexo disco-osteofitário posterior difuso em C4-C5 a C6-C7, com maior componente de protrusão discal posterior, determinando compressão sobre a face anterior do saco dural, que associado a uncoartrose adjacente, determina redução da amplitude dos recessos foraminais.

ASSOCIAÇÃO REABILITAR


Dr. Jorio Neiva de Moura Santos Cordeiro
CRM4146

HOSPITAL
**SANTA
MARIA**

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Dt. Nasc: 09/03/1966 Idade: 52 anos Sexo: Feminino RG: 784913
CPF: 34930477387
Médico Solicitante: KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Atendimento: 1872104 Prescrição: 1524358
Data: 20/06/2018 16:44:36

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE COLUNA TÓRACO/LOMBAR (6 filmes)

TÉCNICA:

Estudo realizado com tomógrafo multi-slice através de aquisição volumétrica dos dados, com cortes submilimétricos, que foram pós-processados, obtendo-se imagens axiais. Realizadas reformatações nos planos coronal e sagital.

ACHADOS:

Redução difusa dos valores de atenuação córtico/esponjoso, com intensa substituição do trabeculado esponjoso por material lipomatoso.
Fraturas compressivas, com encunhamento anterior, acometendo os corpos vertebrais de T3, T4, T5, T8, T10, T11 e L1, observando-se pequenos fragmentos ósseos destacados em T11 e L1 e mínima retropulsão do muro posterior no nível de L1, sem repercussão significativa sobre a medula espinhal.
Discretas proliferações osteofitárias anteriores e laterais nos corpos vertebrais de T3 a T9 e L3 e L4.
Vértebra de L5 em "limbo".
Formação do fenômeno do vácuo discal nos níveis de T8 a T11.
Abaulamento discal difuso e simétrico no nível de L4-L5, que oblitera a gordura epidural anterior e toca a face ventral do saco dural.
Discreto abaulamento discal posterior simétrico no nível de L5-S1, sem efeito compressivo significativo sobre as estruturas neurais adjacentes.
Canal raquiano com morfologia e diâmetros normais.
Ligamentos amarelos e recessos radiculares com aparência tomográfica preservada.
Forames neurais íntegros.
Articulações interfacetárias anatômicas.




Daniel Augusto Lima Leite
CRM 3389

Rua Gov. Raimundo Arthur de Vasconcelos, 616
Centro/Sul - Teresina - Piauí
Fone: 86 3194-5100 / Fax: 86 3223-1935

HOSPITAL
**SANTA
MARIA**

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Dt. Nasç: 09/03/1966 Idade: 52 anos Sexo: Feminino RG: 764913
CPF: 34930477387
Médico Solicitante: KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Atendimento: 1872104 Prescrição: 1524358
Data: 20/06/2018 16:44:38

CONCLUSÃO:

1. REDUÇÃO DIFUSA DOS VALORES DE ATENUAÇÃO ÓSSEA;
2. FRATURAS COMPRESSIVAS, COM ENCUNHAMENTO ANTERIOR, ACOMETENDO OS CORPOS VERTEBRAIS DE T3, T4, T5, T8, T10, T11 E L1, OBSERVANDO-SE PEQUENOS FRAGMENTOS ÓSSEOS DESTACADOS EM T11 E L1 E MÍNIMA RETROPULSÃO DO MURO POSTERIOR NO NÍVEL DE L1, SEM REPERCUSSÃO SIGNIFICATIVA SOBRE A MEDULA ESPINHAL;
3. ESPONDILODISCOPATIA DEGENERATIVA TÓRACO-LOMBAR;
4. ABAULAMENTO DISCAL DIFUSO E SIMÉTRICO NO NÍVEL DE L4-L5;
5. DISCRETO ABAULAMENTO DISCAL POSTERIOR SIMÉTRICO NO NÍVEL DE L5-S1, SEM EFEITO COMPRESSIVO SIGNIFICATIVO SIGNIFICATIVO SOBRE AS ESTRUTURAS NEURAIAS ADJACENTES;
6. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.


Daniel Augusto Lima Leite
CRM 3389

Rua Gov. Raimundo Arthur de Vasconcelos, 616
Centro/Sul - Teresina - Piauí
Fone: 86 3194-5100 / Fax: 86 3223-1935
E-mail: admgeral@hsmaria.com.br

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Dt. Nasc: 09/03/1966 Idade: 52 anos Sexo: Feminino RG: 764913
CPF: 34930477387
Médico Solicitante: MÉDICO EXTERNO
Atendimento: 2549642 Prescrição: 2016028
Data: 17/12/2018 11:45:20

RX DIGITAL DA COLUNA TORÁCICA (02 INC.)

ACHADOS:

Leve escoliose tóraco-lombar de convexidade direita.
Osteófitos marginais nos corpos vertebrais torácicos.
Fratura com redução da altura e acunhamento anterior de corpos vertebrais torácicos inferiores.
Redução difusa da densidade mineral óssea.
Espaços discais: preservados.
Articulações interapofisárias, forames de conjugação e canal raquiano: com aparência radiológica normal.

CONCLUSÃO:

1. LEVE ESCOLIOSE TÓRACO-LOMBAR DE CONVEXIDADE DIREITA;
2. ESPONDILOSE TORÁCICA;
3. FRATURA COM REDUÇÃO DA ALTURA E ACUNHAMENTO ANTERIOR DE CORPOS VERTEBRAIS TORÁCICOS INFERIORES;
4. REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA;
5. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

 - Rua Gov. Raimundo Arthur de Vasconcelos, 616
Centro/Sul - Teresina - Piauí
Fone: 86 3194-5100 / Fax: 86 3223-1935
E-mail: admgeral@hsmaria.com.br
Bruno Eduardo Fernandes Cabral
CRM: 5425

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Dt. Nasc.: 09/03/1966 Idade: 52 anos Sexo: Feminino RG: 764913
CPF: 34930477387
Médico Solicitante: MÉDICO EXTERNO
Atendimento: 2549642 Prescrição: 2016028
Data: 17/12/2018 11:45:43

RX DIGITAL DA COLUNA LOMBO/SACRA (02 INC.)

ACHADOS:

Osteófitos marginais nos corpos vertebrais lombares.
Redução difusa da densidade mineral óssea.
Escoliose lombar de convexidade direita.
Espaços discais: preservados.
Articulações interapofisárias, forames de conjugação e canal raquiano: com aparência radiológica normal.
Peças sacrais e articulações sacro/ilíacas íntegras.

CONCLUSÃO:

1. ESPONDILOSE LOMBAR;
2. REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA;
3. ESCOLIOSE LOMBAR DE CONVEXIDADE DIREITA;
4. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

INSTITUTO DA COLUMNA CERVICAL (03 INC)

2006

70 e 80, 20, 40, 60, 80, 100, 120, 140, 160, 180, 200, 220, 240, 260, 280, 300, 320, 340, 360, 380, 400, 420, 440, 460, 480, 500, 520, 540, 560, 580, 600, 620, 640, 660, 680, 700, 720, 740, 760, 780, 800, 820, 840, 860, 880, 900, 920, 940, 960, 980, 1000, 1020, 1040, 1060, 1080, 1100, 1120, 1140, 1160, 1180, 1200, 1220, 1240, 1260, 1280, 1300, 1320, 1340, 1360, 1380, 1400, 1420, 1440, 1460, 1480, 1500, 1520, 1540, 1560, 1580, 1600, 1620, 1640, 1660, 1680, 1700, 1720, 1740, 1760, 1780, 1800, 1820, 1840, 1860, 1880, 1900, 1920, 1940, 1960, 1980, 2000, 2020, 2040, 2060, 2080, 2100, 2120, 2140, 2160, 2180, 2200, 2220, 2240, 2260, 2280, 2300, 2320, 2340, 2360, 2380, 2400, 2420, 2440, 2460, 2480, 2500, 2520, 2540, 2560, 2580, 2600, 2620, 2640, 2660, 2680, 2700, 2720, 2740, 2760, 2780, 2800, 2820, 2840, 2860, 2880, 2900, 2920, 2940, 2960, 2980, 3000, 3020, 3040, 3060, 3080, 3100, 3120, 3140, 3160, 3180, 3200, 3220, 3240, 3260, 3280, 3300, 3320, 3340, 3360, 3380, 3400, 3420, 3440, 3460, 3480, 3500, 3520, 3540, 3560, 3580, 3600, 3620, 3640, 3660, 3680, 3700, 3720, 3740, 3760, 3780, 3800, 3820, 3840, 3860, 3880, 3900, 3920, 3940, 3960, 3980, 4000, 4020, 4040, 4060, 4080, 4100, 4120, 4140, 4160, 4180, 4200, 4220, 4240, 4260, 4280, 4300, 4320, 4340, 4360, 4380, 4400, 4420, 4440, 4460, 4480, 4500, 4520, 4540, 4560, 4580, 4600, 4620, 4640, 4660, 4680, 4700, 4720, 4740, 4760, 4780, 4800, 4820, 4840, 4860, 4880, 4900, 4920, 4940, 4960, 4980, 5000, 5020, 5040, 5060, 5080, 5100, 5120, 5140, 5160, 5180, 5200, 5220, 5240, 5260, 5280, 5300, 5320, 5340, 5360, 5380, 5400, 5420, 5440, 5460, 5480, 5500, 5520, 5540, 5560, 5580, 5600, 5620, 5640, 5660, 5680, 5700, 5720, 5740, 5760, 5780, 5800, 5820, 5840, 5860, 5880, 5900, 5920, 5940, 5960, 5980, 6000, 6020, 6040, 6060, 6080, 6100, 6120, 6140, 6160, 6180, 6200, 6220, 6240, 6260, 6280, 6300, 6320, 6340, 6360, 6380, 6400, 6420, 6440, 6460, 6480, 6500, 6520, 6540, 6560, 6580, 6600, 6620, 6640, 6660, 6680, 6700, 6720, 6740, 6760, 6780, 6800, 6820, 6840, 6860, 6880, 6900, 6920, 6940, 6960, 6980, 7000, 7020, 7040, 7060, 7080, 7100, 7120, 7140, 7160, 7180, 7200, 7220, 7240, 7260, 7280, 7300, 7320, 7340, 7360, 7380, 7400, 7420, 7440, 7460, 7480, 7500, 7520, 7540, 7560, 7580, 7600, 7620, 7640, 7660, 7680, 7700, 7720, 7740, 7760, 7780, 7800, 7820, 7840, 7860, 7880, 7900, 7920, 7940, 7960, 7980, 8000, 8020, 8040, 8060, 8080, 8100, 8120, 8140, 8160, 8180, 8200, 8220, 8240, 8260, 8280, 8300, 8320, 8340, 8360, 8380, 8400, 8420, 8440, 8460, 8480, 8500, 8520, 8540, 8560, 8580, 8600, 8620, 8640, 8660, 8680, 8700, 8720, 8740, 8760, 8780, 8800, 8820, 8840, 8860, 8880, 8900, 8920, 8940, 8960, 8980, 9000, 9020, 9040, 9060, 9080, 9100, 9120, 9140, 9160, 9180, 9200, 9220, 9240, 9260, 9280, 9300, 9320, 9340, 9360, 9380, 9400, 9420, 9440, 9460, 9480, 9500, 9520, 9540, 9560, 9580, 9600, 9620, 9640, 9660, 9680, 9700, 9720, 9740, 9760, 9780, 9800, 9820, 9840, 9860, 9880, 9900, 9920, 9940, 9960, 9980, 10000.

ស.វ. ២០២០

1. ESPONDILODIOSE CERVICAL DEGENERATIVA CERVICAL;
2. UNICATROSCOPIC CERVICAL DISEASE;
3. REDUÇÃO DE DENSIDADE MINERAL ÓSSEA;

E-mail: eduardo@ramundo.com.br
 Phone: 88 3184-2100 / Fax: 88 3253-1935
 Conting. 21 - Terceira - Plant
 Rua Gov. Ramundo Abranches Vasconcelos, 618

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Dt. Nasc: 09/03/1966 Idade: 52 anos Sexo: Feminino RG: 764913
CPF: 34930477387
Médico Solicitante: MÉDICO EXTERNO
Atendimento: 2549642 Prescrição: 2016028
Data: 17/12/2018 11:45:32

RX DIGITAL DA COLUNA CERVICAL (02 INC.)

ACHADOS:

Osteófitos marginais nos corpos vertebrais de C4, C5, C6 e C7.
Redução da altura dos espaços discais de C5-C6 e C6-C7.
Unicoartrose cervical de C4-C5 e C5-C6.
Redução difusa da densidade mineral óssea.
Articulações interapofisárias íntegras.

CONCLUSÃO:

1. ESPONDILODISCOPATIA DEGENERATIVA CERVICAL;
2. UNCOARTROSE CERVICAL DE C4-C5 E C5-C6;
3. REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA;
4. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

Dr. Eduardo Fernandes Cabral
CRM 5497

Rua Gov. Raimundo Arthur de Vasconcelos, 616
Centro/Sul - Teresina - Piauí
Fone: 86 3194-5100 / Fax: 86 3223-1935
E-mail: admgeral@hsmaria.com.br



Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Dt. Nasc: 09/03/1966 Idade: 52 anos Sexo: Feminino RG: 764913
CPF: 34830477387
Médico Solicitante: Thais Cristina A. Moreira
Atendimento: 1761992 Prescrição: 1439547
Data: 22/05/2018 13:17:53

RADIOGRAFIA PANORÂMICA DIGITAL

Exame radiográfico realizado em aparelho panorâmico digital Kodak 9000C 3D, com planos de Frankfurt e Sagital mediano paralelo e perpendicular ao solo, respectivamente, com fatores de exposição: 70 kV, 10 mA e 13 seg.

ACHADOS:

AVALIAÇÃO GERAL

- Dente(s) presente(s): 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43
- Presença de placas e parafusos metálicos em maxila

AVALIAÇÃO CORONÁRIA E RADICULAR

- Imagem compatível com raiz residual na região do dente 37

AVALIAÇÃO ENDODÔNTICA E PERIAPICAL

- Sem imagens sugestivas de alterações periapicais de origem endodôntica

AVALIAÇÃO PERIODONTAL E ÓSSEA

- Perda óssea alveolar horizontal generalizada

O exame radiográfico é um meio auxiliar de diagnóstico que deve ser analisado pelo profissional para correlação clínica e decisão terapêutica:



Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
 Dt. Nasc: 09/03/1966 Idade: 52 anos Sexo: Feminino RG: 764913
 CPF: 34930477387
 Médico Solicitante: Thais Cristina A. Moreira
 Atendimento: 1761992 Prescrição: 1439547
 Data: 22/05/2018 11:26:16 22/05/2018 11:26:16

RX DIGITAL DOS SEIOS DA FACE E DAS ÓRBITAS

ACHADOS:

Velamento parcial das células etmoidais esquerda.
 Osteossíntese metálica dos assoalhos dos seios maxilares, parede anterior do seio maxilar esquerdo e assoalho da órbita esquerda.
 Etmóide direita: com células pneumatizadas, íntegras.
 Seios frontais: transparentes, com relevos mucosos delgados.
 Cavidades nasais sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

1. VELAMENTO PARCIAL DAS CÉLULAS ETMOIDAIS ESQUERDA;
2. OSTEOSSÍNTESE METÁLICA DOS ASSOALHOS DOS SEIOS MAXILARES, PAREDE ANTERIOR DO SEIO MAXILAR ESQUERDO E ASSOALHO DA ÓRBITA ESQUERDA;
3. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

Ribeiro Dantas
 Rua do Com. João de Deus
 CRM 4619



Rua Paisandu, 1862 - Teresina - Piauí
 Fone: (86) 3131.1234 Fax: (86) 3223.4826
 E-mail: jlecom@medimagem.com.br
 Visite nosso site: www.medimagem.com.br

HOSPITAL
SANTAMARIA

HOSPITAL SANTA MARIA LTDA

CNPJ: 06.873.111/0001-99

Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 616, Centro | CEP: 64.001-4

Teresina - PI Fone (86) 3194-5100 :: Email: atendimento@hsmaria.com.br

Diretor Técnico: Claudio Mendes Silva (CRM 2481)

Atendimento:	3152216
Paciente	MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Endereço	ANTONIO BELARMINO, 375 CENTRO, 64000000, Teresina, PI
Data de emissão:	14/05/2019 10:40:20

RECEITA MÉDICA

20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA E
ANALGÉSICA NA COLUNA TORACICA E LOMBAR,
INCLUIR ALONGAMENTO DE ISQUIOTIBIAIS E
FORTALECIMENTO DE RETOABDOMINAL E
MUSCULATURA PARAVERTEBRAL, TENS, USG
LASER, TERMOTERAPIA,

LOMBALGIA, HERNIA DE DISCO TORACICA,
ESPONDILODISCOPATIA

SOLICITO

20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA E ANALGÉSICA
NA COLUNA CERVICAL, INCLUIR MUSCULATURA
PARAVERTEBRAL E TRAPEZOIDAL, TENS, USG LASER,
TERMOTERAPIA

CERVICALGIA, ESPONDILODISCOAPTIA CERVICAL,
PROTRUSÃO

Dr. Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 12.444 TEST 14676

Rua Gov. Raimundo Arthur de Vasconcelos, 616 - Centro Sul - Teresina - Piauí
Fone: 86 3194-5100 / Fax: 86 3223-1935 - E-mail: admgeral@hsmaria.com.br



Hospital
Universitário



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

NOME: Me Divina Vaz de Oliveira IDADE: 52

ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

1-Comparecer ao setor de internação
no dia 14/02/13 (Quinta) às 14 para internar-se para a
cirurgia de ablação de placa e parafusos que será no dia
15/02/13 (sexta-feira) com Dr.(a) Chais

2-OBSERVAÇÕES:

- 1-Trazar documentos (RG, CPF, cartão do SUS);
- 2-Trazar os resultados de todos os exames e pareceres caso tenha sido solicitado;
- 3-Trazar medicação de uso contínuo, caso use;
- 4- Não vir com adornos (anéis, relógio, brincos e colares);
- 5-Trazer bolsa apenas com pertences pessoais (pasta, escova de dente, sabonete, roupa íntima...). O hospital fornece lençol, travesseiro, toalha e camisola/ pijama. Evitar trazer mala grande pois a mesma não pode ir para enfermaria, fica num porta bagagem na recepção do hospital.
- 6-Evitar trazer objetos de valor pois o hospital não se responsabiliza pelo desaparecimento dos mesmos;
- 7-Será permitida a permanência de 1 (um) acompanhante, preferencialmente do mesmo sexo, **apenas** para usuários a partir de 60 anos (Portaria MS nº 280/99), usuários menores de 18 anos (Lei nº 8069/90, Estatuto da Criança e do Adolescente) e usuários com deficiência (Lei nº 13.146/15).
- 8-Horário de visita: 9h às 11h(apenas 1 visitante)/ 16h às 20h(até 6 visitantes).
- 9- **CASO NÃO POSSA COMPARECER, FAVOR AVISAR COM ANTECEDÊNCIA. A FALTA DE AVISO COM ANTECEDÊNCIA IMPLICARÁ NO AUMENTO DO PRAZO DE MARCAÇÃO DA PROXIMA CIRURGIA.**
- 10- Qualquer dúvida entrar em contato com o telefone 3228-5209.
- 11- Outros: _____

Teresina, 06 de 02 de 2013.

Assinatura/Carimbo do profissional de saúde


Pollyana Rocha de Araújo
Enfermeira
Empresa Brasileira de Serviços
Hospitalares - EBSERH / UFPA
CNPJ: 1703932



Hospital
Universitário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME: Maria Raima Nogueira de Oliveira N: DO PRONTUÁRIO: _____
DATA: 16/02/19 HORÁRIO: 8:00h CLÍNICA: POSTO 01 ENF/LEITO: _____

1. CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DE ALTA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA / ORIENTAÇÃO: CONSCIENTE () ORIENTADO (X) DESORIENTADO () TORPOROSO ()
RESPOSTA MOTORA: SEM DEFICIL MOTOR (X) COM DEFICIL MOTOR ()
RESPOSTA VERBAL FÁSICA (X) DISÁRTRICO () AFÁSICO ()

2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA

Amoxicilina 500mg; Cloridrato 0,12% 3x ao dia; Levodopa; Nimetazepam 10mg

3. DISPOSITIVO EM USO

	SIM	NÃO
CURATIVO		
CATETER DE DUPLO LUMEN		X
SONDA VESICAL DE DEMORA		X
SONDA VESICAL DE ALIVIO (CATETERISMO INTERMITENTE)		X
DRENO		X
FIXADOR EXTERNO ORTOPÉDICO		X
SONDA ENTERAL/ NASOGÁSTRICA		X
COLOSTOMIA		X
OUTRO. ESPECIFIQUE		X

4. ORIENTAÇÕES PARA A ALTA

Realizar compressa úmida no local 3x ao dia; Sinais de infecção
dever: Anotar uma pulseira anti-embolia de manguito; Dieta líquida
por 2 semanas

5. GRAU DE DEPENDÊNCIA: (X) GRAU I () GRAU II () GRAU III () GRAU IV ()

6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS: CIRURGIA PLÁSTICA

* CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO CUIDADO PÓS-ALTA

GRAU I

- * DEAMBULA SEM AUXÍLIO;
- * TOMA BANHO E ALIMENTA-SE SOZINHO
- * SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO
- * ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DO AUTO-CUIDADO

GRAU II

- * NECESSITA DE AUXÍLIO NA AMBULAÇÃO NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO;
- * SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO
- * QUANTIDADE MODERADA DE MEDICAMENTO;
- * ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO NO AUTO-CUIDADO;
- * PRESENÇA DE SVD, SNG CURATIVOS E OUTROS;
- * CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS DE ROTINA;

GRAU III

- * NECESSITA DE AUXÍLIO NA AMBULAÇÃO, NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO
- * CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS COMPLEXOS;
- * ALTERAÇÕES DISCRETAS DE COMPORTAMENTO;
- * OBSERVAR FREQUENTEMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE;

GRAU IV

- * ACAMADO NO LEITO
- * HIGIENE NO LEITO;
- * ALIMENTAÇÃO POR TUBOS OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TO
- * REQUER MEDIDAS COMPLEXAS PARA MANUTENÇÃO DA VÍ
- * COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS;
- * INCONSCIENTES OU COM DEVIÓ NO PADRÃO DE COMPORT

Enfermeira Raima Nogueira
ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) CARIMBO

COREN 149317

Sumário de Alta

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Divina Vaz de Oliveira
Idade: 52 anos 11 meses
Data internação: 14/02/2019
Convênio: Sus
Equipe responsável: Thais Cristina Araujo Moreira
Prontuário: 375788/7
Sexo: Feminino
Leito: 0008E
Data Alta: 16/02/2019
Permanência: 2 dias
Unidade da Cabeça E Pescoço

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação
complicação mecânica de dispositivo de fixação interna de outros ossos (t84.2)
Diagnóstico principal na Alta
Complicação mecânica de dispositivo de fixação interna de outros ossos (T84.2)

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Cirurgias realizadas
15/02/2019 Exerese de placa e parafuso

4. EVOLUÇÃO

paciente segue consciente, orientada, eupneica afebril, normosfigmica, normotensa, sem queixas algicas no momento, edema compatível com o procedimento, FO sem sinais flogísticos, sem sangramento ativo, evolui com alta hospitalar.

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta
Alta médica
Recomendações da Alta
Encaminhamento ao ambulatório do hospital
Compressa fria na face 3 x dia
Dieta líquida pastosa por 2 semanas
Evitar esforço físico e exposição solar demasiada
Higiene oral com clorexidina 0,12% 3x dia
Não usar as próteses até cicatrização da mucosa
Medicamentos Prescritos na Alta
AMOXICILINA 500MG + CLAVULONATO 125MG -- 21 cápsulas -- Uso Interno
CLOREXIDINA 0,12% -- 01 frasco -- Uso Interno
LISADOR -- 01 caixa -- Uso Interno
NIMESULIDA 100MG -- 10 comprimidos -- Uso Interno

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)
16/02/2019, 07:33 h.
Dra. Thais Cristina A. Moreira
Cirurgia e Traumatologia
Dra. Thais Cristina A. Moreira
Dra. Thais Cristina A. Moreira CRO 3005



Hospital
Universitário

Sumário de Alta

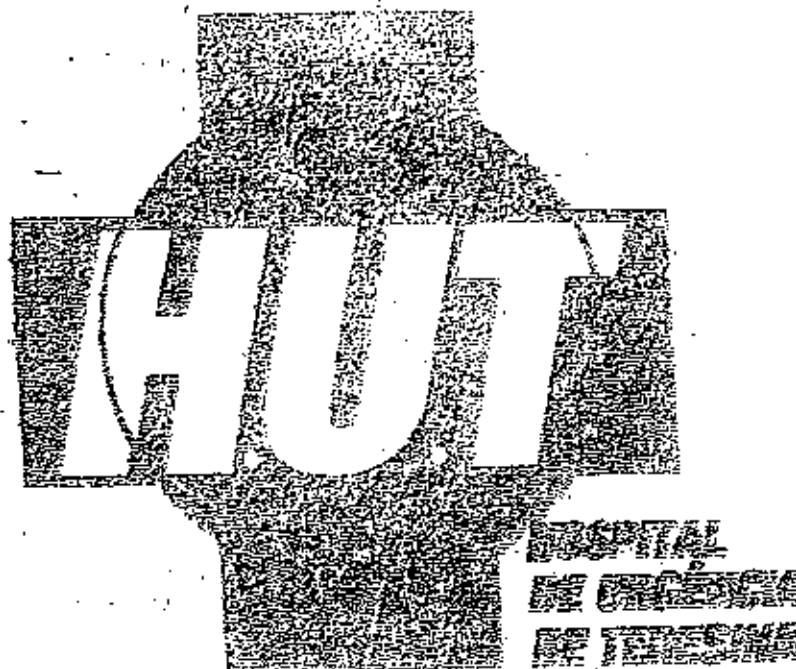
Identificação

Maria Divina Vaz de Oliveira

Leito: 0008E

375788/7

Alto



NOME DO PACIENTE: Maria Dirina Vaz de Oliveira
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 475284

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".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

PAG: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA** (Prontuário: 475284)
Endereço: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO - PORTO - PI CEP: 64145-000
Nascimento: 09/03/1965 Idade: 52a:1m:22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 662813
Requisição: 834245 Solicitação: 01/05/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1031660 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 01/05/2018

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS FACIAIS ASSIM LOCALIZADAS:
- * PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DOS SEIOS MAXILARES.
- * SEPTO NASAL.
- * OSSO NASAL DIREITO.
- HEMOSSÍNUS EM SEIOS MAXILARES, CÉLULAS ETMOIDAIS E SEIOS FRONTAIS.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES COM ENFISEMA NAS REGIÕES MAXILARES E ORBITÁRIAS.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 01/05/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Carimbo e Assinatura do Responsável
Especialista em Radiologia
SCT-24107
Conferência com 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 DIVINA VAZ DE OLIVEIRA** (Prontuário: 475284)
Endereço: **RUA MARGINAL TIETE - CENTRO - PORTO - PICEP: 64145-000**
Nascimento: **09/03/1966** Idade: **52a:1m:22d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **662813**
Requisição: **834307** Solicitação: **01/05/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: **1031728** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 01/05/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- OPACIDADES HETEROGÊNEAS NOS ASPECTOS POSTERIORES DAS BASES PULMONARES.
- ENFISEMA DE PARTES MOLES EM REGIÃO CERVICAL E MEDIASTINO SUPERIOR.
- FRATURAS COMPRESSIVAS EM CORPOS VERTEBRAIS DE T10-T11 E L1, COM COMPROMETIMENTO DO MURO ANTERIOR E SEM AFETAR O CANAL VERTEBRAL.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 01/05/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Handwritten signature and stamp of the professional responsible.



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 DIVINA VAZ DE OLIVEIRA** (Prontuário: 475284)
 Endereço: **RUA MARGINAL TIETE - CENTRO - PORTO - PI CEP: 64145-000**
 Nascimento: **09/03/1966** Idade: **52a:1m:22d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **662813**
 Requisição: **834341** Solicitação: **01/05/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1031769** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 01/05/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PEQUENO FOCO HIPERDENSO NO JOELHO DO CORPO CALOSO DE PROVÁVEL NATUREZA HEMÁTICA (LAD).
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

OBS.: PRATICAMENTE INALTERADO EM RELAÇÃO AO EXAME ANTERIOR.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/05/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

[Handwritten signature and stamp]
 HUT - Hospital de Urgência de Teresina
 Radiologia (R004)
 01/05/2018
 Prof. Dr. João Antonio



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3215 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:

475284

Internação:

213438

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA				
End. Resid.: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO				
Cidade: PORTO - PI			CEP: 64145-000	
Sexo: Feminino	Nascimento: 09/03/1966	Idade: 52a:2m:22d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: TEC DE ENFERMEIRAGEM
Admissão: 30/04/2018	G. Instrução: Médio Completo	Fone: 86-99943-2676	Cartão SUS (CNS): 708002648475625	Procedência: PORTO
Pai: FRANCISCO VAZ DE OLIVEIRA			Mãe: MARIA GOMES DE OLIVEIRA	
Responsável: ESMERALDA VAZ				
End. Responsável: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO				
PORTO - PI			64145-000	
Documento: RG: 764913 - PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 30/04/2018	Hora: 13:25	Data: 08/05/2018	Hora: 7:42	SALA VERDE
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0404020526 - OSTEOSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR				
CID 10: S024 - Fratura dos ossos malares e maxilares				
Diagnóstico de Alta: Fratura dos ossos malares e maxilares				
Procedimento: Osteossíntese de fratura COZM				
CID 10:				
Tratamento Realizado:				
Osteossíntese das fraturas do complexo Orbito Zigomático Maxilar Direito e Esquerdo				
Exames Realizados:				
T.C. de FACE				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

07/05/18

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável



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

Un. 6.000
SIS SIS

Imp: 30/04/2018 23:43:23

User: MARCELO RICARDO
(Estação: RECEPCAOPI)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA	Prontuário:	475284
Mãe:	MARIA GOMES DE OLIVEIRA	Pai:	FRANCISCO VAZ DE OLIVEIRA
End. Resid.:	RUA MARGINAL TIETE - CENTRO - PORTO - PI - CEP: 64145-000		
Nascimento:	09/03/1966	Idade:	52a:1m:21d
Responsável:	ESMERALDA VAZ	Sexo:	Feminino
Profissão:	TEC DE ENFERMEGEM	Fone:	86-98843-2676
G. Instrução:	Médio Completo	CNS:	708002848475625
End. Local.:		CPF:	
		E. Civil:	Solteiro

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	662813	Data:	30/04/2018 23:39:30	Condução:	AMBULANCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL				Convênio:	SUS	
Acid. Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Típico:	Não	CID Secundário:	V499

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico há cerca de 16 h apresentando sinais de:
(A) VCU com fraturas da articulação cervical, com uma anomalia do EF cervical
(B) MV + ADT SICA, com pulmões e fígado (C) Abdômen indolente, sem sinais de trauma
(D) Sangramento ativo (E) fratura de LS, com fraturas de membros (F) Ressonância de coluna
pendiculado bilateral a edema em face.

Dr. João Lustosa
Médico

CRM-PI 6638

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	CID:
Diagnóstico Inicial:						

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Subito TC de crânio e face
- Raio X

RAIO-X REALIZADO

DATA 30/04/2018

Técnico: R. Silva

ALTA:

- | | |
|----------------|----------------------|
| () Melhorado | () Administrativa |
| () Curado | () Por Indisciplina |
| () Inalterado | () Por Evasão |
| () A Pedido | |

- | |
|------------------------------|
| () Retornar à Unid. Origem: |
| () Transferência: |

DATA SAÍDA: / / HORA: :

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado: 0404020526

S02.4

CID Compatível:

ÓBITO:

- | | |
|-------------------|------------------|
| () Até 24 Hs | () Família |
| () De 24 a 48 Hs | () IML |
| () Após 48 Hs | () Anat. Patol. |

DESTINO:

Dr. Marcelo Ricardo
Assinatura do Profissional - BE
Carimbo

Esmeralda Vaz de D. Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA		Prontuário: 475284
Mãe: MARIA GOMES DE OLIVEIRA	Pai: FRANCISCO VAZ DE OLIVEIRA	
End. Resid.: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO - PORTO - PI - CEP: 64145-000		
Nascimento: 09/03/1966	Idade: 52a:1m:21d	Sexo: Feminino Fone: 86-98843-2676
Responsável: ESMERALDA VAZ	CNS: 708002848475625	
Profissão: TEC DE ENFERMEGEM	Documento: RG: 764913 - PI	
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 662813	Data: 30/04/2018 23:39:30	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / / : :	ESPECIALISTA: <i>UCK 00:3L</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>-> Politruma -> EL 17 -></i>	
<i>sem diátese neurológica Cerear.</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
<i>-> Don local importante.</i>	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : : <i>-> Aval geral importante.</i>	
<i>-> Avaliação de dor em esqueleto axial.</i>	
<i>TC crânio: sem lesão neurológica aparente.</i>	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / : :	ESPECIALISTA: <i>ONCOPEDIA</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>ONCOLOGIA</i>	
<i>lógica. -> Nova TC crânio em 17 horas.</i>	
<i>-> Neural qron</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
<i>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</i>	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : : <i>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</i>	
<i>Por vítima acidente automobilístico, apurados os fatos, constatando-se lesões em nível cervical, sem comprometimento de estruturas ósseas.</i>	
<i>Conclui-se: indicação para prognóstico cirúrgico pelo BOM.</i>	
<i>Liberação da outra especialidade.</i>	

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
 Dr. Sérgio S. Maia
 Cirurgião - Traumatologia
 Baco maxilofacial
 CRP-PI 4252



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL LEONIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ



Hospital Regional
Leônidas Melo

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:

Para:

Nome da pessoa encaminhada:

Registro:

Motivo do encaminhamento:

Observações:

Data:

Resp. p/ encaminhamento

Obs: Deve ser arquivado no centro de Saúde
Unidade Mista e Hospital Local ou Regional

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original:

Diagnóstico e Orientações:

Data:

Resp. p/ diagnóstico

Obs: Esta ficha deverá ser devolvida no
Hospital de origem através do próprio
Paciente devidamente fechada.

SUMÁRIO DE ALTA



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

Prontuário:

475284

Internação:

213438

Nome: **MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA**

End. Resid.: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO

Cidade: PORTO - PI

CEP: 64145-000

Sexo: Feminino	Nascimento: 09/03/1966	Idade: 52a:2m:22d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: TEC DE ENFERMAGEM
Internação		Alta		Permanência
Data 30/04/2018	Hora 13:25	Data 08/05/18	Hora 7:42	

Diagnósticos:

CID Principal:	Fratura do Complexo Órbita-Zigomaxilar-nasal	Cod. CID:	
CID Secundário:			
CID Causa Morto:			

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

Edema em hemiface (D), equimose periorbital, lábios.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Paciente segue em BGG, LORO P, ausência de sinais ou sintomas de infecção, ausência de sangramento ativo, mantendo bem a dieta.

MEDICAÇÕES:

Analgesicos, anti-inflamatório e antibiótico.

CIRURGIA: Data: 07/05/18 Tipo:

Osteossíntese de fratura COZ M

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Acompanhamento ambulatorial

Tipo de Alta: () Curado (X) Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa () Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião: Micro-trauma facial
CEP: 21770

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

Maria Dikina Bay de Oliveira:
01/05/2018 SN

Handwritten signature and initials.

(

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Maria Divina Vaz de Oliveira	PRONTUÁRIO	472584
DA CLÍNICA	BUCOMAXILO	LEITO	
À CLÍNICA	CLÍNICA MÉDICA		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente ~~mot~~ automobilístico com fraturas em face com necessidade de intervenção cirúrgica, porém relata ter osteoporose e não toma medicações. Solicito avaliação e visto cirúrgico com placas e parafusos.

Jr. José Carlos D. Gomes Filho
CIRURGIABUCOMAXILO-FACIAL
IMPLANTODONTIA
CRM-PI 2000

DATA: 02/05/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Prd c / osteoporose
Sintomas osteoporose fl.
relatada.

Laudo
Ligação
Sintomas
relatada

Lindomar D. Freitas Santos
Clínica Médica - Medicina do Trabalho
CRM-PI 1780

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Glucor OK
ORTO OK
CR GERAT
Reor. Neu

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE ou APT.	LEITO
Maria Divina de Oliveira	475284		C. Gerat	OK	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE			
Pct vítima de acidente automobilístico					
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: 30/04/18 HORA: 14h		KIT DR. ZENON ROCHA			
01. DIETA ZERO		TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			
02. SGL 1000ml, EV. 14pdl/mc		EXAME: <i>Ortop</i>			
03. Dipirona 500mg, 1 comp. 1AD EV. 6/6h		DATA: 01.05.18, às 09h15			
04. Analgesia Pct pelo mto		TECNÓLOGO: <i>Ortop</i>			
05. SSVVP C666					
Dr. Rafael Ernesto Médico CRM-PI 6638					
C. Gerat 01/05/18 à 9:30h.					
Paciente vítima de acidente de					
Carro W5 ± 24h. AEF: Trauma torácico					
enfisema subcutâneo. TC de tórax sem					
alterações; Abdome insente.					
G1: Alta do Gerat.					
Seu CR GERAT no momento					
Dr. Rafael Roberto de Macedo Neto ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI 3849					

Ortopedia: Rororo Jor Franco
Ortop (Furvilva E)
Fratura de fur. L5-S1
Ortop E.A
Ortop Rororo



Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]**MÉDICO/CRM:**

Mod: 007

[illegible]

Mod: 007



Hospital
Universitário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME: Alcides Oliveira dos Santos N: DO PRONTUÁRIO: _____
DATA: 16/02/19 HORÁRIO: 5:00h CLÍNICA: POSTO 01 ENF/LEITO: _____

1. CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DE ALTA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA / ORIENTAÇÃO: CONSCIENTE () ORIENTADO () DESORIENTADO () TORPOROSO ()
RESPOSTA MOTORA: SEM DEFICIT MOTOR () COM DEFICIT MOTOR (X)
RESPOSTA VERBAL FÍSICA (X) DISÁRTRICO () AFÁSICO ()

2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA

Insulina 60mg, Glucagon 0,1mg, 3x ao dia, 1ml/10 Tramadol 100mg

3. DISPOSITIVO EM USO

	SIM	NÃO
CURATIVO		
CATETER DE DUPLO LUMEN		
SONDA VESICAL DE DEMORA		X
SONDA VESICAL DE ALVIO (CATETERISMO INTERMITENTE)		X
DRENO		X
FIXADOR EXTERNO ORTOPÉDICO		X
SONDA ENTERAL/ NASOGÁSTRICA		X
COLOSTOMIA		X
OUTRO, ESPECIFIQUE		X

4. ORIENTAÇÕES PARA A ALTA

Deambular com auxílio de 1 pessoa no local de residência, evitar exposição
ao sol, evitar atividades físicas, evitar uso de medicamentos sem orientação
do médico, evitar uso de álcool e drogas ilícitas.

5. GRAU DE DEPENDÊNCIA: () GRAU I () GRAU II () GRAU III () GRAU IV ()

6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS: CIRURGIA PLÁSTICA

*CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO CUIDADO PÓS-ALTA

GRAU I

*DEAMBULA SEM AUXÍLIO;
*TOMA BANHO E ALIMENTA-SE SOZINHO
*SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO
*ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DO AUTO-CUIDADO

GRAU II

*NECESSITA DE AUXÍLIO NA AMBULAÇÃO NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO;
*SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO
*QUANTIDADE MODERADA DE MEDICAMENTO;
*ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO NO AUTO-CUIDADO;
*PRESENÇA DE SVD SNG CURATIVOS E OUTROS;
*CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS DE ROTINA;

GRAU III

*NECESSITA DE AUXÍLIO NA AMBULAÇÃO, NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO
*CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS COMPLEXOS;
*ALTERAÇÕES DISCRETAS DE COMPORTAMENTO;
*OBSERVAR FREQUENTEMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE;

GRAU IV

*ACAMADO NO LEITO
*HIGIENE NO LEITO;
*ALIMENTAÇÃO POR TUBOS OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TO
*REQUER MEDIDAS COMPLEXAS PARA MANUTENÇÃO DA VIE
*COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS;
*INCONSCIENTES OU COM DEVIÓ NO PADRÃO DE COMPORT.

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A) ENCARGADO

CORREN 149312



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

(524)

NOME DO PACIENTE:	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA BMF	ENF. ou APT.	LEITO																																			
Maria Nilva de Oliveira	475284	09/03/66		217	164																																			
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE																																						
Fract. maxila + Gm	NEGA	BUCOMAXILO																																						
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 02/05/18	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES																																						
POC - OPERATÓRIO IMEDIATO																																								
1) Dieta líquida pastosa LIGALIDA OCL PASTOSA	Ediana Nogueira NUTRICIONISTA CRN: 3716	14.15h - Paciente admitida em																																						
2) SER 0,9% 1000ml EV para 24h		PO3 de fratura de complexa																																						
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h		C20 (3)																																						
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h		<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>PA</th> <th>T</th> <th>P</th> <th>R</th> <th>Gluc</th> <th>Ure</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>115</td> <td>36,5</td> <td>55</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>91/6</td> <td>36,3</td> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>111/6</td> <td>36,8</td> <td>70</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H	PA	T	P	R	Gluc	Ure	12							18	115	36,5	55				24	91/6	36,3	60				06	111/6	36,8	70			
H	PA	T	P	R	Gluc	Ure																																		
12																																								
18	115	36,5	55																																					
24	91/6	36,3	60																																					
06	111/6	36,8	70																																					
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+AD, EV de 6/6h																																								
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h																																								
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h																																								
8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia																																								
9) SSVV																																								

Laurindo de Souza Brito Junior
Cirurgião Dentista
CRD-460

ENCAMINHADA AO C.C. ÀS 08:00h

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM - SAE

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Oliveira Dias de Oliveira Data: 1/1 Posto: Sexo: M () F () Idade: Procedência:
Enf 217 Leito: 160 pront: Município de origem: Veio proveniente de outro hospital? Qual?

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

01	Medicamentos utilizados:
02	Fatores Riscos: () Fumante () Etilista () Drogas
03	Alérgias: (X) não () sim, quais?
04	Doenças preexistentes? quais? <u>neg</u>
05	Mobilidade: () presente () ausente (X) com ajuda
06	Acompanhante: (X) sim () não
07	Nutrição: () não aceita () SNE (X) zero () gastrostomia () VO
08	Eliminações: () normais () Colostomia () Ileostomia () Melena () Enterorragia () Constipação () Diarréia, Qual foi a última evacuação?
09	Diurese: () espontânea () Anúria () Hematúria () Oligúria () Polúria () Polaciúria () Disúria () Cistostomia () Retenção urinária () SVA () SVD
10	Sono e Repouso: () Satisfatório () Insatisfatório Uso de medicação? Quais
11	Ferida operatória: () Necrótica () Infectada () Granulada () Epitelizada () Limpa e seca () Úmida () Úlcera de pressão
12	Drenos: () Kher () penrose () suctor () tórax
13	Imobilização: () MIE () MID () MSE () MSD

Admissão/Avaliação: 14:15h - Paciente admitida em sala de fratura de CCM @, consciente, orientada, física calma. Apresenta edema facial. Em dieta zero. Diurese espontânea.

Dr. Gisela Maria de Souza
Enfermeira / Enf. Clínica
COREN - 90992

HORA	TAX	PA	P	R	GLICEMIA	DIURESE	DRENOS
12h							
18h							
24h							
06h							

Mar. Lígia de Jesus
Enfermeira - SAE
Gênero com Cód. 100

Enfermeiro (a)

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

NOME	Maria Oliveira da Silva	IDADE	52 anos	DATA	07/05/2018
HORÁRIO DE ADMISSÃO	11 hs 05 min	TIPO DE ANESTESIA:	(X) GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO	CIRURGIÃO	Laurêncio
CIRURGIA REALIZADA	Prostoma de Maxila				
SINAIS VITAIS	HORÁRIO				
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	108/66				
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	56				
SATURACÃO DE O ₂ (%)	99				
TEMPERATURA AXILAR (°C)	-				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	-				
NOME/MATRÍCULA	José Manoel				
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK		ADMISSÃO			
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
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	1	1
	Tem apnéia	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	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
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0
SATURACÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	TOTAL				
ESCALA DE DOR ALTA	ASS				
() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() DJVE	() COLOSTOMIA	SONDA: () NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:					
P.O.S.T - P.V. apresentando fratura maxilar lateral esquerda, fratura de maxila direita, fratura de maxila esquerda, fratura de maxila esquerda, fratura de maxila esquerda.					
Dr. Ronaldo José da Rocha ENFERMEIRO COREN-PI Nº 264.016					
Dr. JON Raul da Silva Jahni Alcântara do Prado COREN-PI 312.332-ENF					
PRESCRIÇÃO MÉDICA			ALTA SRPA		
			HORA DO DIA		
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []			ANESTESILOGISTA		
POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] JORT [] NEU [] CIR []			G. 08		

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/05/2018

NOME DO PACIENTE	Marcos Davina 263 de 1974	IDENTIFICAD. Nº	131284
DIAGNÓSTICO	FRATURA DO ULNAR DO 02/04/18	CIRURGIA	OSTEOSINTese da
ANESTESIA	Arrel	Nº DA SALA	02 210000
CIRURGIÃO	Dr. Louzindo Brito	CPF Nº	005589745-52
AUXILIAR	Residentes	CPF Nº	
ANESTESIA	Dr. Loena	CPF Nº	
INSTRUMENTADORA	Leymy	CPF Nº	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI no 15	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
MACROGOTA	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	03	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL no 10	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	-		Luva no 8.0		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA		-	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		-		TDI. Nº 7.0		01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG		-		Eletrodo		05	
CAT. GUT. CROMADO C/AG		-		Ereções		04	
CAT. GUT. CROMADO S/AG		-		Sonda uretral no 16		01	
MONONYLON 5.0		01					
MONONYLON 2.0		01					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA:			
VICRYL 3.0		02		CIRCULANTE:			
PROLENE		-					

Solange Nazare C. Mourinho
Téc. Enfermagem
COREN-PI: 453.435

MOD - 094



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Maria Dirina Vaz de Oliveira
Diagnóstico pré-operatório Fratura do Complexo Orbito Zigomático Maxilar (P) (E) (E)
Operação - Tipo Osteossíntese das Fraturas do Complexo OZM (D) (E) (E)
Cirurgião Dr. Leonardo Sousa Brito Junior 1º Assistente Lissa (Residente)
2º Assistente João Alexandre 3º Assistente ---
Instrumentador(a) Jeyson Anestesista Dr. Lena Anestesia Local
Anestésico(a) ---

Data da Operação 03-05-2018 Início 09:00 Fim 11:00

Diagnóstico Pós-operatório FRATURAS do Complexo Orbito Zigomático Maxilar Direito e Esquerdo

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① Autopsia ② Incisão + dissecção para acesso à fratura supra-orbitária (E) (E) Incisão + descolamento medial ORZ para acesso às fraturas do complexo zigomático Direito e Esquerdo ④ Redução + fixação ⑤ Osteossíntese com cravamentos de 1.5 e 18 milímetros ⑥ Suturas ⑦ Curativos

Dr. Leonardo Sousa Brito Junior
Chefe do Serviço de Anatomia Patológica
CRP-489

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE Maria Dirina Rê de Oliveira				Nº DE REGISTRO	
DATA: 04-05-18	ARTERIAL	PULSO	ESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOSLOGINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICÊMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA ASA I					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES):				APLICADO AS	EFEITOS
				TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 AL 2 600 3				SEQUÊNCIA 1 Monitorar 2 Dose IV Fentanyl 3 Dose IV Fentanyl 4 Dose IV Fentanyl 5 Dose IV Fentanyl 6 Dose IV Fentanyl 7 Dose IV Fentanyl 8 Dose IV Fentanyl 9 Dose IV Fentanyl 10 Dose IV Fentanyl 11 Dose IV Fentanyl 12 Dose IV Fentanyl 13 Dose IV Fentanyl 14 Dose IV Fentanyl 15 Dose IV Fentanyl
LÍQUIDOS	SO-LITO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				
TEMPERATURA	38				
P. ARTERIAL V. O PULSO					
INÍCIO E FIM ANESTESIA	X				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO	O				
SÍMBOLOS		DURAÇÃO			
TÉCNICAS geral				INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES Fratura de 3ª e 4ª costela					
CIRURGIÕES Laurinda					
ANESTESISTAS Lena					
Lena Parente Gadelha ANESTESISTA CRM-3544					
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS Pro	

MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

NOME

375788 / 7

Nº do prontuário

08

Enfermaria

€

Leito

TEMPO DE PERMANÊNCIA MÉDIA:

1 dia

174931



Hospital
Universitário

EBSERH

Ministério da
Educação

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

Assinatura

18
10
10

Nome MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA		Nome Social 		Prontuário 375788/7	
Nome Mãe MARIA GOMES DE OLIVEIRA		Sexo Feminino	Estado Civil Solteiro	Dt Nascimento 09/03/1966	
Nome Pai FRANCISCO VAZ DE OLIVEIRA		Data cadastro 23/06/2016	Data recadastro 3/06/2016	Pront. Família 	
RG 764.913	CPF 349.304.773-87	Cartão SUS 708002848475625			
Nome Anterior 		Cidade de nascimento NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS		UF PI	
Grau Instrução 1º Grau Incompleto		Nacionalidade BRASILEIRO			
Profissão 		Código da profissão 	Cor Parda	Fone ou Recado 86-988225083	
Logradouro RUA ANTONIO BELARMINO		Posto de Referência : 			
Número 375	Complemento 	Bairro CENTRO			
Cidade PORTO	UF PI	CEP 64145-000			
Identificador CRISTIANE LIMA MIRANDA LIARTH					
Área Cadastradora SUPERINTENDENCIA					
Observação 					
Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas. Teresina <i>Maria Divina Vaz de Oliveira</i> () () () () Paciente Pai Mãe Representante Legal					
Hospital Universitario - Ufpi Boletim de Identificação de Paciente					

Identificação do Paciente

Paciente: 183721 Prontuário: 0375788/7
Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Nome Mãe: MARIA GOMES DE OLIVEIRA
Endereço: RUA ANTONIO BELARMINO
Número: 375 Complemento:
Bairro: CENTRO Telefone: 86 988225083
Cidade: PORTO
Data Nasc.: 09/03/1966 Idade: 52 Sexo: F UF: PI Cep: 64.145-000
Profissão: Cor: M Est. Civil: S
Naturalidade: NOSSA SENHORA DOS
Nacionalidade: BRASILEIRO UF Nascimento: PI

Identificação do Responsável

Nome:
Endereço:
Cidade: UF: CEP: Fone:

Dados de Internação

Data Internação: 14/02/2019 13:51
CID Principal: T84.2 COMPLICAÇÃO MECÂNICA DE DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO INTERNA DE OUTROS
CID Secundário: Y98 CIRCUNSTÂNCIAS RELATIVAS A CONDIÇÕES DO MODO DE VIDA
Procedimento: 408060379 RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
Clínica: CIRÚRGICA Dif. Classe: N Acompanhante: N
Andar: 0 Ala: 1 Quarto: 0008 Leito: E Convênio: 1/1 SUS - INTERNACÃO
Unidade: POSTO 1 CLÍNICA CIRÚRGICA Acomodação: ENFERMARIA
Especialidade: CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAIS
Carater de Internação: ELETIVA
Tabela: TABELA UNIFICADA Perm. SUS: 1 Dia(s)
Nro. Atendimento:

Equipe Médica

Equipe: THAIS CRISTINA ARAUJO MOREIRA
CRM: CPF: 82798052300
Chefe da Equipe CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAIS : JOSE MIGUEL LUZ
CRM: 1982 13824040344

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: ERICA PATRICIA DA SILVA ALCANTARA
C. Ponto: 6 2002199

Observação

Sumário de Alta

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Divina Vaz de Oliveira Prontuário: 375788/7
Idade: 52 anos 11 meses Sexo: Feminino Leito: 0008E
Data internação: 14/02/2019 Data Alta: 16/02/2019 Permanência: 2 dias
Convênio: Sus
Equipe responsável: Thais Cristina Araujo Moreira
Unidade da Cabeça E Pescoço

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação

complicação mecânica de dispositivo de fixação interna de outros ossos (T84.2)

Diagnóstico principal na Alta

Complicação mecânica de dispositivo de fixação interna de outros ossos (T84.2)

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Cirurgias realizadas

15/02/2019 Exerese de placa e parafuso

4. EVOLUÇÃO

paciente segue consciente, orientada, eupneica afebril, normosfígmica, normotensa, sem queixas algicas no momento, edema compatível com o procedimento, FO sem sinais flogísticos, sem sangramento ativo, evolui com alta hospitalar.

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta

Alta médica

Recomendações da Alta

Encaminhamento ao ambulatório do hospital
Compressa fria na face 3 x dia
Dieta líquida pastosa por 2 semanas
Evitar esforço físico e exposição solar demasiada
Higiene oral com clorexidina 0,12% 3x dia
Não usar as próteses até cicatrização da mucosa

Medicamentos Prescritos na Alta

AMOXICILINA 500MG + CLAVULONATO 125MG -- 21 cápsulas -- Uso Interno
CLOREXIDINA 0,12% -- 01 frasco -- Uso Interno
LISADOR -- 01 caixa -- Uso Interno
NIMESULIDA 100MG -- 10 comprimidos -- Uso Interno

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

Dr. Thais Cristina A. Moreira
Cirurgiã Geral
Data: 16/02/2019

16/02/2019, 07:33 h.

Dr. THAIS CRISTINA ARAUJO MOREIRA CRO 3005

Sumário de Alta

Identificação

Maria Divina Vaz de Oliveira

Leito: 0008E

375788/7



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUÍ - HUPI
 Col. us Universitário (Ministro Petrônio Portela, s/n, Teresina - PI, CEP: 64049-550)
 FONE (086) 3215-5658

FOLHA DE ADMISSÃO

NOME:	Maria Divina Vaz de Oliveira	LEITO:	8C	PRONT:	3757887
IDADE:	52	PESO:		PROCEDÊNCIA:	
H.D.A:				ALERGIAS:	NENH

Paciente com histórico de fratura do COZM b. f. enf.
sendo realizado o tratamento com placas e parafusos, evolui
com exposição do material de fixação.

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

Geral		
FC:	T:	
FR:	SpO2:	
PR:		
P.A:		

Neurológico	
Glasgow: 15	
Pupilas: Isocóricas	

Cardiovascular	
Drogas vasoativas (mcg/kg/min):	
Turgência jugular:	
Pulsos:	
Respiratório:	
VM:	SpO2:
Modo:	FiO2:
FR:	Vt:

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



1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: <u>Maria Vânia de Oliveira</u>	CLÍNICA/ENF/LEITO: <u>Bup máxila</u>
DATA DA ADMISSÃO: <u>14/02/19</u>	SEXO: <u>F</u>
DATA DE NASCIMENTO: <u>09/03/66</u> IDADE: <u>52</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteira</u>
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO:	RESIDÊNCIA: <u>Porto</u>
PROCEDÊNCIA: <u>Caso</u>	COR(REFERIDA): <u>parda</u>
ESCOLARIDADE:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Retirada de placa</u>	

2. MOTIVO DA INTERNAÇÃO/QUEIXAS PRINCIPAIS:

2.1. SINAIS VITAIS: P.A. 103x65x55 P 72 GLIC --- R --- PESO: 43 ALTURA: 1,58
IMC: 17,01

2.2. ESCALA da DOR (1 a 10): --- [0 = sem dor; 1-3 = dor branda; 4-6 = dor moderada; 7-10 = dor severa]

3. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

HISTÓRIA FAMILIAR: () HAS () DM () Cardiopatias () AVE-H () AVE-I () Nefropatias ()
Neoplasias () Outros Especificar <u>---</u>
ANTECEDENTES PESSOAIS: () Doenças Crônicas: <u>Não</u>
() Tratamentos Anteriores/Cirurgias: <u>Retirada de zigomáxila, infra-orbitária</u>
() Medicamentos em Uso: <u>Não</u>
() ALERGIA: <u>Não</u>
PRÓTESES: () Não (X) Sim Possui CARTÃO DE VACINA: () Não (X) Sim
HÁBITOS: (X) Tabagismo () Etilismo () Outras Drogas, Qual? <u>---</u>
EXAMES ANEXOS: <u>---</u>

4. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS:

OXIGENAÇÃO: (X) Ar ambiente () Cateter nasal () Macronebulização () Máscara de Venturi
Padrão respiratório: (X) Eupnéico () Braupnéico () Taquipnéico () Ortopnéico () Dispnéia () Cheyne-Stokes
Tosse: () Seca () Produtiva [Aspecto da secreção] = <u>---</u>
HIDRATAÇÃO: Ingesta Hídrica/Dia = <u>---</u>
ALIMENTAÇÃO: Hábito Alimentar = <u>---</u>
DIETA: () Jejum (X) Via oral () Parenteral () SNG () SNE () Gastrostomia () Ostomias () Outros
() Náuseas () Vômitos () Hematêmese () Sialorréia () Pirose () Inapetência () Disfagia () Dispepsia
ESTADO NUTRICIONAL: <u>---</u>
ELIMINAÇÕES: DIURESE = (X) Espontânea () SVD () Cistostomia () Disúria () Oligúria () Anúria
() Poliúria () Polaciúria () Enurése () Retenção () Incontinência () Proteinúria () Glicosúria
ASPECTO da URINA = (X) Clara () Concentrada () Colúria () Hematúria
EVACUAÇÕES = (X) Normais () Fezes pastosas () Diarréia () Melena () Constipação há <u>---</u> dia(s)
() Colostomia () Ileostomia () Jejunostomia
SONO/REPOUSO: (X) Satisfatório () Insônia () Agitação () Usa Medicação, QUAL? <u>---</u>
ATIVIDADE FÍSICA: Prática Exercícios (X) Não () Sim, Qual? <u>---</u>
() Astenia () Mialgia
Atividade Motora = (X) Deambula () Deambula com Auxílio () Não Deambula () Usa Cadeira de Rodas
HIGIENE: (X) Satisfatória () Regular () Insatisfatória
Cite <u>---</u>

5. NECESSIDADES PSICOLÓGICAS, PIRITUAIS e SOCIAIS:

PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE RELIGIOSA/ESPIRITUAL () Não () Sim, Qual? <u>---</u>
ESTADO EMOCIONAL PRÉVIO: (X) Calmo () Agitado () Alegre () Triste () Ansioso () Agressivo () Medo
COMUNICAÇÃO: (X) Receptivo ao Diálogo () Não Receptivo ao Diálogo
INTERAÇÃO SOCIAL: Participação em Atividades: () Não () Sim, Cite <u>---</u>
INTEGRAÇÃO COM A FAMÍLIA () não () sim
LAZER: () Não () Sim, Qual? <u>---</u>

5. CABEÇA e PESCOÇO:

COURO CABELUDO: () lesões () cisto sebáceo () hematomas () pontos dolorosos () Alopecia	
FACE: (X) simétrica () Assimétrica (X) Corada () Palidez () Icterícia () Tipo de Face	
OLHOS: () Edema palpebral () Ptose palpebral () Logofalmo () Exoftalmia () Enofalmo () Amaurose	
ALTERAÇÃO VISUAL: () Sim (X) Não	
ALTERAÇÃO AUDITIVA: () Sim (X) Não	
MUCOSA DA CONJUNTIVA: (X) Corada () Hipocorada () Ictérica () Hiperemiada () Hemorragia Conjuntival	
CÓRNEA: () Catarata () Pterígio	
ESCLERÓTICA: (X) Branca () Ictérica () Hiperemiada	
BOCA: () Halitose () Edema Lábil () lesões () língua Saburrosa () Glossite () Monilíase () outros	
AMÍGDALAS: () Hiperemíadas () aumento volume () placas	
TIREÓIDE: () Palpável () Impalpável	
PESCOÇO: (X) Simétrico () Assimétrico () Estase Jugular () Rigidez de Nuca () Linfonodos Palpáveis () Traqueostomia	

6. SISTEMA NEUROLÓGICO:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) Consciente () Inconsciente (X) Orientado () Desorientado () Sonolento () Torporoso	
() Comatoso () Sedado () Memória Prejudicada: (X) Não () Sim, Cite	
FALA: (X) Pásico () Afásico () Disfásico () Outros	
PUPILAS: (X) Isocóricas () Anisocóricas () Reativas () Arreativas () Mióticas () Midríáticas	
ESCALA DE GLASGOW: _____	
Outros ACHADOS: _____	

7. SISTEMA RESPIRATÓRIO:

EXPANSIBILIDADE: (X) Simétrica () Assimétrica () Uso de musculatura acessória () Tiragem () Frêmito Toracovocal	
PERCUSSÃO: (X) Claro Pulmonar () Maciço () Tímpanico () Hipersonoro	
AUSCULTA PULMONAR: (X) Murmúrio Vesicular () Broncovesicular () Estertores () Roncos () Sibilos () Outros	

8. SISTEMA CARDIOVASCULAR:

FREQ/RITMO CARDÍACO: (X) Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Arritmias () Marcapasso () Palpitação	
PRESSÃO ARTERIAL: () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso () Edema MMII () Anasarca	
PERFUSÃO PERIFÉRICA: (X) Normal () Diminuída	
PALPAÇÃO: () Ictus Cordis () levantamento sistólico () Pulsações epigástricas () Frêmito	
AUSCULTA: () 1ª Bulha () 2ª Bulha () Sopro	

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL:

PERCUSSÃO: (X) Tímpanico () Maciço	
RUIDOS HIDROAÉREOS: (X) Presentes () Ausentes () Hipoativos () Hiperativos	
ABDOMEN: (X) Plano () Globoso () Ascite () Rígido () Indolor à palpação () Doloroso à palpação	
OUTROS ACHADOS: _____	

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO:

SINAL de GIORDANO: () positivo () negativo	
GENITALIA FEMININA: () Amenorréia () Dismenorréia () Dispáureia () Metrorragia () Menopausa	
() Faz uso de Reposição Hormonal () Corrimento [Aspecto] = _____	
Relação Sexual Protegida: () Sim () Não	
ALTERAÇÕES NAS MAMAS: () Sim [especificar] = _____ () Não	
GENITALIA MASCULINA (Alterações): _____	

11. SISTEMA TEGUMENTAR:

ASPECTO: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico () Hidratado () Desidratado () Prurido	
LESÕES/LOCAL: _____	
OUTROS ACHADOS: _____	

LEGENDA: HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; AVI-H: Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico; AVE-I: Acidente Vascular Encefálico Isquêmico.

DATA: 14/04/19 HORA: 14:10

Assinatura e carimbo do enfermeiro

PRESCRIÇÃO

Unidade: 01 - POSTO 1 CLÍNICA CIRÚRGICA

CID: COMPLICAÇÃO MECÂNICA DE DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO INTERNA DE OUTROS

Data da Internação: 14/02/2019

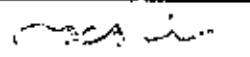
Folha 1/1

Validade: de 15/02/2019 14:00 h. a 16/02/2019 14:00 h.

DIETA.		Aprazamento
1.	Líquida pastosa obs.: liberar a partir das 15 horas	

CUIDADOS		Aprazamento
2.	Acesso venoso salinizado, contínuo	
3.	Controle de sinais vitais, de 6/6 horas	
4.	Realizar higiene oral - realizar bochecho com clorexidina 3 x dia, 2 x ao dia	

MEDICAMENTOS		
POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
5. CLORETO DE SÓDIO 0,9% 1.000 ML 9 mg/mL	Administrar 1.000 mL, EV, de 24/24 horas.	
6. cefalOTina INJET 1 g	Administrar 1 g, EV, de 6/6 horas. Diluir em 10 ml de AGUA DESTILADA 10 ML; Dia de Administração: 0	
7. DEXAMETASONA FOSFATO DISSÓDICO 2,5 ML INJET 4 mg/mL	Administrar 4 mg, EV, de 24/24 horas. Diluir em 10 ml de CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML 9 mg/mL;	
8. TENOXICAM INJET 20 mg	Administrar 20 mg, EV, de 12/12 horas. Diluir em 10 ml de DILUENTE PRÓPRIO 2 ML;	
9. DÍPIRONA 2 ML INJET 500 mg/mL	Administrar 1 AMP, EV, de 6/6 horas. Diluir em 10 ml de CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML 9 mg/mL;	
10. RANITIDINA 2 ML INJET 25 mg/mL	Administrar 50 mg, EV, de 8/8 horas. Diluir em 10 ml de AGUA DESTILADA 20 ML;	
11. TRAMADOL 1 ML INJET 50 mg/mL	Administrar 50 mg, EV, de 8/8 horas. Diluir em 100 ml de CLORETO DE SÓDIO 0,9% 50 ML INJET 9 mg/mL; Se Necessário; obs.: Caso de dor Forte	
12. BROMOPRIDA 2 ML INJET 5 mg/mL	Administrar 10 mg, EV, de 8/8 horas. Diluir em 20 ml de CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML 9 mg/mL; Se Necessário; obs.: administrar em caso de náusea ou vômito	


 Dra. Thais Cristina A. Moreira
 Cirurgião e Traumatologista
 Rua ... 3005
 Dr. THAIS CRISTINA ARAUJO MOREIRA CRO: 3005

15/02/2019,09:10h.

PRESCRIÇÃO
 Identificação
MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Leito: 0008E

375788/7

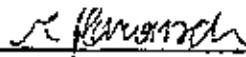
PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Folha 1/1

Validade: de 14/02/2019 17:17 h. a 15/02/2019 14:00 h.

DIAGNÓSTICOS/CUIDADOS		FREQUÊNCIA
RISCO DE INFECÇÃO - PROCEDIMENTO INVASIVO		
1.	Avaliar aspecto da ferida operatória	atenção
2.	Implementar cuidados na punção venosa	atenção
NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS - ALTERAÇÃO NA MUCOSA ORAL		
3.	Comunicar sinais de dor	atenção
4.	Estimular higiene oral	atenção
5.	Implementar cuidados com administração de medicamentos	atenção
DOR AGUDA - AGENTES LESIVOS: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS, FÍSICOS E PSICOLÓGICOS		
6.	Promover segurança e conforto	atenção
7.	Verificar sinais vitais	de 6/6 horas

14/02/2019, 17:28 h.


Enfª JOSILENE DE CARVALHO MIRANDA COREN: 148309

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE -
ENFERMAGEM

Id
MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Unidade: POSTO 1 CLÍNICA CIRÚRGICA

Leito: 0008E

375788/7

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Validade: de 15/02/2019 14:04 h a 16/02/2019 14:00 h.

Folha 1/1

DIAGNÓSTICOS/CUIDADOS		FREQUÊNCIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA - PROCESSO INFECCIOSO		
1.	Realizar curativos	atenção
2.	Registrar aspecto da lesão	atenção
RISCO DE INFECÇÃO - PROCEDIMENTO INVASIVO		
3.	Avaliar aspecto da ferida operatória	atenção
4.	Implementar cuidados na punção venosa	atenção
MUCOSA ORAL PREJUDICADA - HÁBITOS DE HIGIENE INADEQUADOS		
5.	Implementar cuidados para higiene oral - clorexidina	3 X ao dia
NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS - ALTERAÇÃO NA MUCOSA ORAL		
6.	Comunicar sinais de dor	atenção
7.	Estimular higiene oral	atenção
8.	Implementar cuidados com administração de medicamentos	atenção
DOR CRÔNICA - EVOLUÇÃO DA DOENÇA		
9.	Orientar paciente/ família sobre: - cuidados pós operatorio	atenção
10.	Proporcionar ambiente calmo e confortável	I= T=
DOR AGUDA - AGENTES LESIVOS: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS, FÍSICOS E PSICOLÓGICOS		
11.	Promover segurança e conforto	atenção
12.	Verificar sinais vitais	de 6/6 horas

15/02/2019, 14:10 h.

Maria Divina Vaz de Oliveira
En^{fm} MARIA DE FATIMA MARTINS PINHO DE BRITO
COREN: 121107

**PRESCRIÇÃO DO PACIENTE -
ENFERMAGEM**

15/02/2019, 14:10:28

MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Unidade: POSTO 1 CLÍNICA CIRÚRGICA

Leito: 0008E

375788



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ



EVOLUÇÃO

NOME

ME Divino Vaz de Oliveira

DATA DE NASCIMENTO

05/03/66

PRONTUARIO

3157 8817

CLÍNICA

Pionoxida

ENFERMARIA

109

LEITO

(

14/02/19 às 14:20 Admitido-pac 52 anos mon-
clíado de cor. Procedimento ascendente p/
12/02, intrado de placa em placa de
lar, no mesmo dia, no mesmo dia, e
enf, não afereja e demais com
exames de exeto e de afereja
exames de exeto e de afereja

15.02.2019 às 06:00hs - Paciente consciente, animado, eupneico, farto, sem queixa específica. Exame físico sem alterações. PA: 120x85 mmHg. FC: 72 bpm. T: 36,5°C. SPO2: 98% em ar ambiente. Ausculta pulmonar sem alterações. Coração sem alterações. Abdomen sem alterações. Extremidades sem alterações. (Exame físico - repetido em 7.06.19). (Assinatura)

11/02/19. NUTRIÇÃO Paciente admitida para tratamento
na Clínica Maxilo (complicação de Dispositivo de Fixação
Orto max). Realizado Procedimentos Inj. Para alívio da
dor, altura 1,53 m, IMC = 18,64 kg/m², sem distorção
torácica, segundo NRS, 2003.

Marcelina de G. Silva e Castro
Muitos anos
Empresa Brasileira de Serviços
Hospitais - FOSERH/FMIA/MAU
SIAPE: 2056373

[illegible]

16.02.10 às 10:15h. Paciente jovem, consciente, orientada, eugnoica, afim e
normo-fonica, normotensa, ambulando, acuta, limpa de fôlego, sem
queixas atuais no momento. FO sem sinais flogísticos, edema compatí-
vel com o procedimento. Exat. com afeta papilar.

Dr. Sérgio Eberson S. Mota
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial
CRO-RJ 4252

Descrição Cirúrgica

folha 1/1

Unidade: BLOCO CIRURGICO

Data cirurgia: 15/02/2019

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Prontuário: 0375788/7

Idade: 52 anos 10 meses

Sexo: Feminino

Leito: 0008E

Convênio: SUS

2. EQUIPE

Equipe: THAIS CRISTINA ARAUJO MOREIRA

CRO: 3005

CIRURGIA E
TRAUMATOLOGIA BUCO
MAXILO FACIAIS

3. DIAGNÓSTICO

ASA: II

Pré-Operatório T84

COMPLICAÇÕES DE DISPOSITIVOS PROTÉTICOS, IMPLANTES E ENXERTOS ORTOPÉDICOS INTERNOS

Pós-Operatório T84

COMPLICAÇÕES DE DISPOSITIVOS PROTÉTICOS, IMPLANTES E ENXERTOS ORTOPÉDICOS INTERNOS

4. AVALIAÇÃO PRÉ-SEDAÇÃO

Via aérea:

ASA:

Avaliação clínica:

Co-morbidades:

Exame físico:

Executor da sedação:

CRM:

5. CIRURGIAS REALIZADAS

Início: 15/02/2019 08:00

Fim: 15/02/2019 08:44

Caráter: ELETIVA

Procedimentos - Potencial de contaminação

EXERESE DE PLACA E PARAFUSO

LIMPA

Técnica Anestésica/Sedação: GERAL

Observação:

6. ACHADOS OPERATÓRIOS

NDN

Não houve perda sanguínea intra-operatória significativa.

Não houve intercorrências durante o procedimento cirúrgico.

7. DESCRIÇÃO

1-Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral por meio de intubação orotraqueal

2-Antissepsia intra-oral e facial

3-Posicionamento dos campos operatório e colocação de tampão orofaríngeo

4-Anestesia local infiltrativa em fundo de vestibulo maxilar bilateral

5-Incisão e descolamento mucoperiosteal para acesso a região anterior da maxila (D) e (E)

6-Remoção dos meios de fixação em pilar canino e zigomático

7-Inspeção e irrigação abundante

8-Sutura intra-oral

9-Remoção de tampão orofaríngeo e retirada dos campos operatórios

10-Limpeza do paciente e finalização da cirurgia

15/02/2019 08:57

Dr. THAIS CRISTINA ARAUJO MOREIRA CRO 3005

Dr. Thais Cristina A. Moreira
Cirurgia e Traumatologia
Bucal e Maxilo-Facial

Descrição Cirúrgica

Identificação

MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Leito: 0008E

0375788/7



Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFPI
BOLETIM DE ANESTESIA.

Data: 15/02/16

Paciente: Luciana Divina Vaz de Oliveira Prontuário: _____
Cirurgião: Thiago Diagnóstico: _____
Procedimento: Exatoma do Pâncreas e Pankip Jejum: _____
Idade: _____ Peso: _____ PA: _____ FC: _____ Neuro: _____ ASA: _____

Monitorização: _____
() ECG () SpO₂ () PANI () EtCO₂ () BIS () Analisador de gases () TOF () Temp
() PVC Local: _____ () PAI Local: _____ Cateter: _____ () Fácil () Difícil
Acesso Venoso: _____
() Periférico Local: ante braço Jelco: 20 Local: _____ Jelco: _____ () Fácil () Difícil
() Central Local: _____ Cateter: _____ () Fácil () Difícil () Ultrassom
Pré-Medicação: _____

() Sedação Agentes: _____
() Cateter de O₂ () Venturi () Máscara facial () Guedel () Cânula Nasofaríngea

Bloqueio de Neuroeixo: _____
() Subaracnóideo () Peridural Cateter: () Sim () Não
Posição: () Sentado () Decúbito Lateral Posição: () Sentado () Decúbito Lateral
Punção: () Mediana () Paramediana Punção: () Mediana () Paramediana
Técnica: () Degliotti () Gutierrez Técnica: () Degliotti () Gutierrez
Nível: _____ Agulha: _____ Nível: _____ Agulha: _____
() Fácil () Difícil Tentativas: _____ () Fácil () Difícil Tentativas: _____
Drogas: _____ Drogas: _____

Bloqueios Periféricos: () Axilar () Interscalênico () Supraclavicular () Infraclavicular () ESP
() Femoral () Ciático () Poplíteo () Pentabloqueio () TAP () Inguinal () Peniano
() Intercostal () Oftálmico: _____ Outros: _____
Drogas: _____
Recursos: () Estimulador de nervo () Ultrassom

Anestesia Geral Indução: Propofol + fentanyl
() Venosa Total () Inalatória () Balanceada () Indução: Propofol + fentanyl
Intubação: () Sim () Não () IOT Prévia () Intubação: Propofol + fentanyl
() Oral () Nasal Sonda: 3.0 () com cuff () Intubação: Propofol + fentanyl
() Armado () Brônquico () Intubação: Propofol + fentanyl
() Cricotireotomia () Traqueostomia () Acordado Manutenção: _____
Recursos: _____
() Laringoscopia direta () Bougie
() Guia Rígido () McCoy
() Estilete luminoso () Videolaringoscópio
() Fibroscópio () _____
() Fácil () Difícil Tentativas: 4 Cormack: 0
Dispositivos Supraglóticos: _____
() Máscara Laringea () Tubo laringeo () Circular () Semi-aberto () Absorvedor de CO₂

Proteção Ocular: () Esparrapado () Micropore () Tarsorrafia () Pomada: _____
Torniquete: () Não () Sim Local: _____ Início: _____ Fim: _____ Tempo: _____
() Sonda Vesical () Sonda Nasogástrica () Sonda Nasoenteral

[illegible]

Índice para avaliação dos pacientes no período anestésico - cirúrgico imediato											
Horário	DE 15 EM 15 MINUTOS										Anotações de enfermagem
Saturação O ₂ (0-2)	Entre 95-98% Menor 90%	2 1 0	100	98	95	92	90	88	85	82	
Frequência Cardíaca (0-2)	Entre 90-120 bat./min Entre 50-120 ou 120-90 bat./min Menor que 45 ou maior que 120 bpm	2 1 0	100	98	95	92	90	88	85	82	
Pressão arterial diastólica (0-2)	Entre 40 e 60 ou 95 e 120 mmHg Menor que 40 ou maior que 125 mmHg	2 1 0	100	98	95	92	90	88	85	82	
Temperatura (0-2)	Igual ao pré anestésico Entre 37,0 e 38,5°C Acima de 37,0 ou abaixo de 35,5°C	2 1 0	100	98	95	92	90	88	85	82	
Ritmo cardíaco (0-2)	Sinusal Arritmias atriais Arritmias ventriculares	2 1 0	100	98	95	92	90	88	85	82	
Dor Escala numérica (0-4) Verbal	Zero (0) - Sem Dor Um a dois (1-3) - Fraca Quatro a seis (4-6) - Moderada Sete a nove (7-9) - Intensa Dez (10) - Insuportável	4 3 2 1 0	100	98	95	92	90	88	85	82	
Consciência (0-2)	Desperto totalmente Responde a estímulos auditivos Não responde a estímulos auditivos e/ou táteis	2 1 0	100	98	95	92	90	88	85	82	
Comportamento (0-2)	Calmo Agitado Agressivo ou apático	2 1 0	100	98	95	92	90	88	85	82	
Náuseas e/ou vômito (0-2)	Náuseas e vômitos ausentes Apenas náusea presente Náuseas e vômitos presentes	2 1 0	100	98	95	92	90	88	85	82	
Atividade motora sob comando (0-2)	Capacidade de movimentar 4 membros Capacidade de movimentar 2 membros Incapacidade de movimentar todos membros	2 1 0	100	98	95	92	90	88	85	82	
Incisão cirúrgica (Curativo) (0-2)	Limpo Parcialmente embebido de sangue Totalmente embebido de sangue	2 1 0	100	98	95	92	90	88	85	82	
Diurese	Presente ou ausente Presente com manobras Retenção urinária	2 1 0	100	98	95	92	90	88	85	82	
TOTAL DE PONTOS			100	98	95	92	90	88	85	82	

Nota: Valor mínimo para alta é 23 pontos. Enquanto um item em negrito estiver presente, a alta não poderá ser liberada.

Nota: Valor mínimo para alta: 12 meses de internação. Enquanto um item em negrito estiver presente, a alta não poderá ser liberada.

ALTA ANESTESISTA

ALTA ENFERMEIRO(A): Wendy Rose

Examinado: () RX () S.) Enfermeira () ITI



Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PETRÔNIO PORTELA S/N BARRIO INHANGA
CEP: 64049-550 - TERESINA-PI

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

DATA: 15/12/19 Posto: Enfermeira: Leito:

Paciente:	Dr. [nome]	Prontário:
Cirurgia:	[nome]	
Anestesia:	[nome]	Anestesista:
Alergia à drogas: () Não () Sim. Quais?		

Necessidade de RPA: () Sim () Não Assinatura anestesista:

OBSERVAÇÕES:

Hora	Prescrição médica em RPA	Horário
	[assinatura]	[assinatura]

Controles

	Sim	Não	Local		Sim	Não	Local
Monitorização cardíaca				Dreno de penrose			
Oximetria				Dreno de tórax			
Oxigenoterapia				Dreno de sucção			
O ₂ : l/min							
Punção venosa Periférica				Dreno de kher			
Punção Venosa Central				Dreno mediastinal			
Sonda Nasogástrica				Colostomia			
Sonda Nasoenteral				Gastrostomia			
Curativo Cirúrgico				Outros:			
Sonda Vesical de Demora							

Balanco Hídrico

Líquidos administrados						Líquidos eliminados					
Tipo						Tipo					
Hora						Hora					
Total						Total					



Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPOS UNIVERSITÁRIO PETRÔNIO PORTELA S/N BAIRRO INTÇA
(CEP: 64049-550 - TERESINA - PI)

RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DAS CAIXAS CIRÚRGICAS

PACIENTE: Marcos Adriano Vaz de Oliveira

PRONTUÁRIO: 343 78817

DATA DA CIRURGIA: 11/04/13

CIRURGIÃO: Dr. Otony

CIRCULANTE: Enxofre

SALA: 1

CIRURGIA REALIZADA: Cesárea de Roca e Pênis

INTEGRADOR QUÍMICO

RÓTULO DA CME - PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO

INTEGRADOR QUÍMICO
Método: Vapor saturado
Esterilização: 13/02/13
Indicador Químico Interno: ()
Preparado por (UPME): Enxofre

CIRURGIA
Método: Vapor saturado T 134
Esterilização: 13/02/13
Preparado por (UPME): Enxofre

INTEGRADOR QUÍMICO
Método: Vapor saturado
Esterilização: 14/02/13
Indicador Químico Interno: (X) Sim () Não
Preparado por (UPME): Enxofre

REQUISICÃO DE MEDICAMENTOS

PACIENTE: <i>Roberto</i>				PRONTUÁRIO: <i>100</i>				CIRURGIÃO: <i>1</i>				SALA: <i>1</i>				DATA: <i>10/10/11</i>			
ORTOPÉDICA:				ANESTESIA: RAQUI + GERAL				CIRCULANTE:											
AGHU	MEDIC. CONTROL.	QTD	CONS	AGHU	OUTROS MEDICAMENTOS				QTD	CONS									
262012	CETAMINA 50 mg/mL - Amp. 2 mL	01		14826	DIPIRONA 1 g 2 mL				02										
14664	DIAZEPAM 5 mg/mL	01		13250	EFEDRINA 50 mg/mL				01										
154431	PROPERIDOL 2,5 mg/mL - 1 mL	01		288989	ETILEFRINA 10MG/ML - IN ETAVEL				02										
285156	ETOMIDATO 2mg/mL	01		15180	FUROSEMIDA 10mg/mL				01										
290647	FENTANILA 50 mcg/mL - 2 mL (RAQUI)	01		15482	HIDROCORTISONA 500 mg FR/AMP				01										
290364	FENTANILA 50 mcg/mL - 10 mL	01		290567	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% C/EPINEFRINA 20ML				01										
17272	MIDAZOLAM AMP. 5 mg/mL - 3 mL	01		290324	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% S/VASO 20 ML				01										
262463	MORFINA 0,2 mg/mL - (RAQUI)	01		218456	LIDOCAÍNA 2% SEM VASO 5 mL				01										
401092	PARACOXIBE 40MG PÓ INJ	01		16330	LIDOCAÍNA 2% + EPINEFRINA 20 ML FR/AMP				01										
138983	PROPOFOL 10 mg/mL - 20 mL	02		401365	METARAMINOL 10 mg mL				01										
268798	REMIFENTANILA 2mg	01		16101	METOCLOPRAMIDA 1 mg/mL				01										
275924	SEVOFLURANO FRASCO 100 ML	01		17345	NEOSTIGMINA 0,5 mg/mL - Amp. 1mL				01										
290339	SUFENTANILA 5 mcg/mL - 2ML ESPINHAL	01		201790	OMEPRAZOL 40 mg				01										
290344	TRAMADOL 50mg/mL - 2mL	01		144495	RANITIDINA 50 mg - Amp. 2 mL				01										
OUTROS MEDICAMENTOS				NA FARMÁCIA															
290312	ADRENALINA 1 mg/mL (EPINEFRINA)	01		174653	CIPROFLOXACINO 1 MG/ML 100 ML BOLSA														
17205	ATACURIO 10 MG/ML 2,5 ML	01		276496	DEXMEDETOMEDIL 100 mcg/ML (PRECEDEX)														
13862	ATROPINA 0,25 mg - Amp. 1 mL	06		290316	FLUMAZENIL 0,1mg/mL														
288949	BROMOPRIDA 5MG/ML - AMPOLA 2ML	02		15431	HEPARINA 5000UI ML FRA 5ML														
290726	BUPIVACAÍNA+GLICOSE 4ML (PESADA)	01		15489	LIDOCAÍNA 2% 1,0 MG/ML 20 ML FR/AMP														
235342	BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% 4 ML	01		12777	METRONIDAZOL 500MG/100ML BOLSA														
14079	CEFALOTINA 1G FRA	02		220680	MORFINA 10 MG/ML AMP 1ML														
400190	CISATRACURIO BESILATO 2MG/ML	01		159910	MORFINA 1MG/ML AMP 2ML ESTÉRIL														
271412	CLONIDINA 150 MCG/ML AMPOLA	01		115246	NALOXONA 0,4 mg														
401039	CLORETO DE SUXAMETÔNIO 100 mg	01		290356	ONDANSETRONA 8MG/4ML														
290988	CETOPROFENO IV 100MG PÓ LIÓFILO	01		290541	SUFENTANILA CITRATO 50 MCG/ML COM 1 ML														

14575 DEXAMETASONA 10 mg/mL 2,5 mL

01

SOLUÇÕES

AGHU	MATERIAL	QTD	CONS	AGHU	MATERIAL	QTD	CONS
	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 100mL	02			RINGER -LACTATO 500mL	01	
	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500mL	03			ÁGUA DESTILADA 250 mL	01	

REQUISICÃO DE MATERIAL

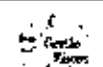
AGHU	MATERIAL	QTD	CONS	AGHU	MATERIAL	QTD	CONS
	AGULHA 25 x 8	04	1		JELCO (CATETER) Nº 20	02	
	AGULHA 30 x 8	04	1		JELCO (CATETER) Nº 22	02	
	AGULHA 40x12	04	1		POLIFIX 2 VIAS	01	
	AGULHA 13x4,5	04			POLIFIX 4 VIAS	01	
	AGULHA 26G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01			SERINGAS 1 mL	01	
	AGULHA 26G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01			SERINGAS 5 mL	04	
	AGULHA 27G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01			SERINGAS 10 mL luer lok	04	
	AGULHA PARA PERIDURAL 18 G	01			SERINGAS 20 mL-luer lok	02	
	AGULHA PARA PERIDURAL 16 G	01			SERINGAS 20 mL-LUER SLIP	02	
	CATETER PERIDURAL 16 G	01			SERINGA 60 mL LUER SLIP	01	
	CATETER PERIDURAL 18 G	01			SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 14	01	
	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	01			SONDA NASOGÁSTRICA 18	01	
	EQUIPO MACROGOTAS	02			SONDA NASOGÁSTRICA 20	01	
	EQUIPO DE BOMBA	01			TORNEIRINHA 3 VIAS	01	
	ELETRODOS	05	1		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,0	01	
	FILTRO BACTERIOLOGICO	01			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,5	01	
	JELCO (CATETER) Nº 16	02			TUBO ENDOTRAQUEAL 8,0	01	
	JELCO (CATETER) Nº 18	02			TUBO ENDOTRAQUEAL 8,5	01	



HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
SETOR: CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA



HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

PACIENTE: Marcia Divina Vaz da Oliveira PRONTUÁRIO: 3757887 ORIGEM/LEITO: 8-E DATA: 15/02/2013

PROCEDIMENTO AUTORIZADO: Exercício de placa e Placômetro ELETIVO () URGÊNCIA () EMERGÊNCIA PRECAUÇÃO: () NÃO () SIM: ☐ CONTATO ☐ GOT/CULA ☐ AEROSSÓIS

Checkagem antes da indução anestésica Identificação (CHECK-IN)	Checkagem antes da incisão cirúrgica Confirmações (TIME-OUT)	Checkagem antes do paciente sair da sala de cirurgia Registros (CHECK-OUT)
CHEGADA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO: 13:15 1. ☒ Pulseira de identificação. Paciente/Responsável confirma: 2. ☒ Nome completo 3. ☒ Procedimento programado: <u>4</u> 4. ☒ Jejum preconizado - Tempo: <u>10h</u> 5. ☒ Lateralidade demarcada: ☐ Sim ☒ Não se aplica 6. ☒ Retirada de órteses, próteses e adornos 7. ☒ Vestimenta adequada 8. ☒ Consentimento livre e esclarecido preenchido e assinado 9. ☒ Avaliação pré-anestésica realizada e consentimento assinado ☐ Não se aplica 10. Exames de imagem e laboratoriais disponíveis: ☐ Não se aplica 11. Alergia conhecida: <u>20208 - Difteria de C3</u> Enfermeiro/Téc. em Enfermagem: <u>COREN: 425126-TE</u> CONFIRMAR ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA: 12. ☒ Dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário) 13. ☒ Identagem da SO de acordo com o procedimento agendado 14. ☒ Monitor multiparamétrico, mesa cirúrgica, foco e demais equipamentos necessários funcionantes 15. ☒ Materiais e medicamentos para a anestesia disponíveis 16. ☒ Via aérea difícil ou risco de aspiração? ☐ Não ☒ Sim e equipamentos para assistência disponíveis ☐ Não se aplica 17. ☒ Instrumentais com embalagem íntegra e dentro do prazo de validade 18. ☒ Instrumentais estéreis em condições ideais de uso 19. ☒ Presença de integrador químico nas caixas estéreis (em caso de implantes) ☐ Não se aplica 20. ☒ Necessidade de uso de manta/colchão térmicos ☐ Não se aplica 21. ☒ Reserva de hemoderivados: CM () PFC () CP () CRIO () TS () não se aplica () 22. ☒ OPIES solicitados disponíveis: ☐ Não se aplica 23. ☒ Vaga de UTI: ☐ Não se aplica 24. ☒ Lateralidade demarcada: ☐ Não se aplica	HORÁRIO DE ENTRADA NA SALA Nº () 07:26 Cirurgião, anestesiológista e enfermagem confirmam verbalmente: 25. ☒ Identificação do paciente, procedimento programado e site cirúrgico. 26. ☒ Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função 27. ☒ Placa de bisturi elétrico posicionada corretamente: ☐ Não se aplica Colocar símbolos abaixo para localização de: Eletrodos: * Placa de bisturi: <u>Δ</u> Incisão cirúrgica: * Garrote pneumático: IIII Início do garroteamento: _____ Término do garroteamento: _____ 28. ☒ Tricotomia: ☐ Não se aplica 29. ☒ Profilaxia antimicrobiana realizada nos últimos 60 minutos? ☐ Não se aplica 30. Degermação: () PVPI () Clorexidina Antissepsia: () PVPI ☒ Clorexidina HORÁRIO DE INÍCIO DA CIRURGIA: 07:30	HORÁRIO DO TÉRMINO DA CIRURGIA: 08:10 31. Confirmação verbal com equipe cirúrgica. Procedimento realizado: <u>Exercício de placa</u> 32. ☒ Contagem de compressas correta: Entregues: <u>04</u> Recolhidas: <u>04</u> 33. ☒ Contagem de gases correta: Entregues: <u>04</u> Recolhidas: <u>04</u> 34. ☒ Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta: Entregues: <u>18+26</u> Recolhidos: <u>18+26</u> 35. ☒ Contagem de perfurantes correta: Entregues: <u>03</u> Recolhidos: <u>03</u> 36. ☒ Congelamento: ☐ Sim ☒ Não se aplica 36. () Peças cirúrgicas/amostra(s) para anatomia patológica. ☐ Não se aplica ☐ Sim e identificação correta do prep. Quantidade de peça(s)/amostra(s): _____ Especificação da(s) peça(s) cirúrgicas/ amostra(s): _____ 38. ☒ Verificado se há problema com equipamentos para ser resolvido <u>Problemas com contagem de implantes</u> 39. O cirurgião, o anestesiológista e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo deste paciente <u>Revisados: Gerson e Mariana</u>

Cirurgião: Dr. Thales Cristina A. Moreira
Cirurgia e Traumatologia
Bico-Maxilo-Facial
3005

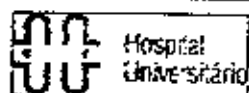
Auxiliar

Instrumentador

Circulante

Anestesiológista

Enfermeiro



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

CHECK-LIST PRÉ-OPERATÓRIO - UNIDADES DE INTERNAÇÃO



NOME: Av. Divina Voz de Oliveira PRONTUÁRIO: 34.341.10
ENFERMARIA/LEITO: 086 PESO: 0 ALTURA:
PROCEDIMENTO AGENDADO:

Nº	ITENS PARA CONFERÊNCIA	CHECAGEM
01	Identificação do paciente (pulseira e prontuário)	✓
02	Alergia <u>NCCA</u>	✓
03	Confirma o procedimento no mapa cirúrgico disponível no S SAH	✓
04	Suspensão de medicamento, se necessário	✓
05	Confirma tempo em jejum	✓
06	Prontuário completo (excesso, pareceres e exames) enviados com o paciente	✓
07	Leito de UTI, se necessário	NSA
08	Reserva de hemocomponentes, se necessário	NSA
09	Demarcação da lateralidade cirúrgica (conforme POP)	✓
10	Termo de Consentimento Livre Esclarecimento (TCLE) da CIRURGIA assinado	
11	Termo de Consentimento Livre Esclarecimento (TCLE) da ANESTESIA assinado	
12	Retirada de adornos, prótese dentária, esmalte nas unhas.	
13	Paciente tomou banho e esvaziou a bexiga	✓
14	Tricotomia, se necessário	NSA
15	Retirada de roupa íntima	✓
16	Absorvente em paciente com sangramento transvaginal	
17	Paciente com camisola, gorro, pro-pés e lençol	✓
18	Acesso venoso periférico com Jelco nº 20 ou maior calibre, preferencialmente no MSE	✓
19	Sinais vitais registrados no prontuário	✓
20	Centro cirúrgico confirma encaminhamento	✓
21	Registro no prontuário do encaminhamento ao Centro Cirúrgico	✓

O não cumprimento de um item deve interromper o processo e serem dadas providências ou justificar NÃO sinalização no prontuário para poder assim encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico.

Clebson Ferreira de Lima

Enfermeiro
COREN-PI 005.247

Assinatura e carimbo do enfermeiro (a) responsável

Data: 15/02/2019 Hora: 06:00

Paciente: Lucia Maria Medeiros Data de nascimento: 09/07/66 Prontuário: 72017 Enf. / Leito: 08
Unidade Assistencial: _____ Especialidade: Neurologia Mês: 10/2010

ESCALA DE BRADEN

Percepção Sensorial (Capacidade de reagir à pressão relacionada ao desconforto)		[Grid for Sensorial Perception]																											
Nenhuma limitação		[Grid for Sensorial Perception]																											
Levemente limitado		[Grid for Sensorial Perception]																											
Muito limitado		[Grid for Sensorial Perception]																											
Totalmente limitado		[Grid for Sensorial Perception]																											
Umidade (Nível de exposição da pele)		[Grid for Humidity]																											
Raramente úmida		[Grid for Humidity]																											
Ocasionalmente úmida		[Grid for Humidity]																											
Muito úmida		[Grid for Humidity]																											
Completamente úmida		[Grid for Humidity]																											
Atividade (Grau de atividade física)		[Grid for Activity]																											
Deambula frequentemente		[Grid for Activity]																											
Deambula ocasionalmente		[Grid for Activity]																											
Restrito à cadeira		[Grid for Activity]																											
Acamado		[Grid for Activity]																											
Mobilidade (Habilidade de mudar a posição do corpo)		[Grid for Mobility]																											
Movimenta todos os segmentos corporais		[Grid for Mobility]																											
Limitação de movimentos		[Grid for Mobility]																											
Movimentação com auxílio		[Grid for Mobility]																											
Incapaz de movimentar-se		[Grid for Mobility]																											
Nutrição (Padrão de consumo alimentar)		[Grid for Nutrition]																											
Excelente		[Grid for Nutrition]																											
Adequado		[Grid for Nutrition]																											
Provavelmente inadequado		[Grid for Nutrition]																											
Muito pobre		[Grid for Nutrition]																											
Fricção e Cisalhamento		[Grid for Friction and Shear]																											
Nenhum problema		[Grid for Friction and Shear]																											
Problema em potencial		[Grid for Friction and Shear]																											
Problema		[Grid for Friction and Shear]																											
TOTAL CLASSIFICAÇÃO		[Grid for Total Classification]																											
Sem Risco (SR): ≥ 19 pontos		Risco Baixo (RB): 15 a 18 pontos							Risco Moderado (RM): 13 a 14 pontos							Risco Alto (RA): 10 a 12 pontos							Risco Muito Alto (RMA): ≤ 9 pontos						

4/4

CM Mídulo: 12 a 17

CI Intermediário: 18 a 22

AD Alta depend - 23 e 28

Si Sono intenzione di...

FIOS CIRÚRGICOS PADRÃO

AGHU	MATER. AL.	QTD	CONS	AGHU	MATER. AL.	QTD	CONS
	FIO ALGODÃO 2-0 SEM A. ILHA	02			FIO NYLON 2-0	02	
	FIO ALGODÃO 3-0 SEM A. ILHA	02			FIO NYLON 3-0	02	
	FIO ALGODÃO 2-0 COM A. ILHA	02			FIO NYLON 4-0	02	
	FIO ALGODÃO 3-0 COM A. ILHA	02			FIO NYLON 5-0	02	
	FIO CATGUT SIMPLES 2-0	02			FIO POLIGLECAPRONE 4-0 (SIMILAR MONOCRYL)	02	
	FIO CATGUT CROMADO 3-0	02			FIO POLIGLECAPRONE 5-0 (SIMILAR CAPROVYL)	02	
	FIO CATGUT CROMADO 4-0	02			FIO POLIPROPILENO 0 (SIMILAR PROLENE)	02	
	FIO POLIGLACTINA 0 (SIMILAR VICRYL)	04			FIO POLIPROPILENO 2-0 (SIMILAR PROLENE)	02	
	FIO POLIGLICOLICO 1 (SIMILAR VICRYL)	04			FIO POLIPROPILENO 3-0 (SIMILAR PROLENE)	02	
	FIO POLIGLACTINA 2-0 (SIMILAR VICRYL)	02			FIO POLIPROPILENO 4-0 (SIMILAR PROLENE)	02	
	FIO POLIGLICOLICO 3-0 (SIMILAR VICRYL)	02					
	FIO POLIGLICOLICO 4-0 (SIMILAR VICRYL)	02					

REQUISIÇÃO DE MATERIAL — GERAL CIRURGIA

AGHU	MATERIAL	QTD	CONS	AGHU	MATERIAL	QTD	CONS
	ATADURA CREPE CM	02			LÂMINAS		
	COMPRESSA 7,5X7,5 (GAZE)	10	10		LÂMINA BISTURI Nº 11	02	
	MICROPORE	01			LÂMINA BISTURI Nº 15	02	6
	ESPARADRAPO	01			LÂMINA BISTURI Nº 24	02	
	COLETORES				LUVAS		
	COLETOR SISTEMA ABERTO 1200ml	01			LUVA Nº 6,0	06	
	COLETOR UNIVERSAL	02			LUVA Nº 6,5	06	1
	BISTURIS				LUVA Nº 7,0	06	1
	BISTURI Nº 11	02			LUVA Nº 7,5	06	1
	BISTURI Nº 23	02			LUVAS Nº 8,0	04	
	BISTURI Nº 24	02			LUVAS Nº 8,5	02	

FIOS CIRÚRGICOS ESPECÍFICO

AGHU	MATERIAL	QTD	CONS	AGHU	MATERIAL	QTD	CONS
	FIO POLIESTER 2	2					

REQUISIÇÃO DE MATERIAL — GERAL CIRURGIA

	FIO POLIESTER 5	2					
--	-----------------	---	--	--	--	--	--

REQUISIÇÃO DE MATERIAL — ESPECÍFICOS CIRURGIA

AGHU	MATERIAL	QTD	CONS	AGHU	MATERIAL	QTD	CONS
	CERA P/ OSSO 2,5G	2			LUVA 7,0	6	
	ATADURA GESSADA 15CM	4			LUVA 7,5	6	
	ATADURA GESSADA 20CM	4			LUVAS 8,0	4	
	ALGODÃO ORTOPÉDICO CM	4					
	CAPA PARA VIDEO	2					
	LUVA 7,5	6					
	LUVA 8,0	6					

REQUISIÇÃO DE MATERIAL — OPME

AGHU	MATERIAL	QTD	CONS	AGHU	MATERIAL	QTD	CONS

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
SETOR, CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANOTAÇÕES:

DD-05: Anestesia em D.O. com Sonda
após 15 min de início de anestesia
paciente está em estado de inconsciência DM
10-15 min após início de anestesia

COIM ENFERMEIRO
C.R. EN. 00000000

REGISTROS DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE: LOCAL: SRPA

Número: 04:08 POI de: Exame de rotina - Pré-operatório

Curativo oclusivo em:

SSVV: Taxa 68 bpm; R= 113 x 77 mmHg; SpO2= 100 %

Nível de consciência: ☐ Acordado ☐ Adormecido ☒ Sonolento ☐ Intubado ☐ Outros

☐ Cateter de O₂ 1 /min ☐ SNG - Débito: 100 ml ☐ SVD - Débito: 100 ml

☐ Dreno: 1 Local: 1

☐ Dreno: 1 Local: 1

☐ Dreno: 1 Local: 1

☐ Cateter Venoso Central Local: 1

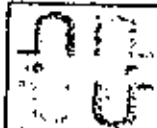
☐ Cateter Venoso Periférico Local: MS6

☐ PAI Local: 1

OUTROS

☒ Envio do prontuário completo com registros necessários (Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, Boletim de cirurgia, Boletim de anestesia, Ficha da SRPA e exames pré-operatórios).

Enfermeiro/Técnico em enfermagem: Enfermeiro COREN: 392.033 fe



Hospital
Universitário

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS CIRURGICOS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA		
Nº DO PRONTUÁRIO 3757887	ENFERMARIAMENITO	CAGE SE A-01
ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) RUA ANTONIO BELARMINO, 375, CENTRO		
CPF 34930477387	RG 764.813	TELEFONE DE CONTATO (85) 955225063

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (No caso do paciente legalmente incapaz)

NOME DO RESPONSÁVEL Izaura Vaz de Oliveira		
ENDEREÇO PORTO		
TELEFONE DE CONTATO (85) 8846-3069		

Considerando o art. 59 do código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, fica devidamente **AUTORIZADO** o médico CRM: e os demais médicos vinculados à assistência, a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgicos:

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408060379
CLÍNICA Cirurgia	Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 62798052300	DATA DA SOLICITAÇÃO 06/02/2019
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE THAIS CRISTINA ARAUJO MOREIRA		

O (s) procedimento (s) propostos foram devidamente explicados quanto aos benefícios, riscos, complicações e alternativas de tratamento possíveis. Houve a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento, inclusive quanto aos benefícios e/ou complicações potenciais e riscos no caso de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da patologia.

Para a realização do (s) procedimento (s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais, e ainda a transfusão de sangue.

Poderão ocorrer, além dos efeitos anestésicos, complicações cardiovasculares, respiratórias e gastrointestinais, sangramentos, infecções, entre outras complicações mais raras e complexas, e até potencialmente fatais. Nessas situações a equipe médica fica autorizada a realizar outros procedimentos, exames ou tratamentos que possam ser necessários para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.

Qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente poderá ser encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento do diagnóstico ou tratamento.

Tendo sido explicado pela equipe médica, inclusive quanto à possibilidade de revogação deste termo, certifico o entendimento e autorizo a realização do procedimento (s) proposto (s).

Teresina, ____/____/____, às ____ horas e ____ minutos
[] PACIENTE [] RESPONSÁVEL

Maria Divina Vaz de Oliveira
Assinatura do paciente ou responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Expliquei o(s) procedimento(s), exame(s), tratamento(s) e/ou cirurgia(s) ao paciente e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos.

NOME DO MÉDICO

Thais Araújo

CRM DO MÉDICO

3005

Thais Araújo
Assinatura do Médico

Dra. Thais Cristina A. Moreira
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial

Circunstâncias de Emergência/Risco de Morte: Preencher este Consentimento Informado "Não Obtido":

Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao paciente e/ou responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado.

OBRIGATORIAS AS ASSINATURAS DE DOIS MÉDICOS NESTE CAMPO:

Assinatura do MÉDICO A / Nº CRM

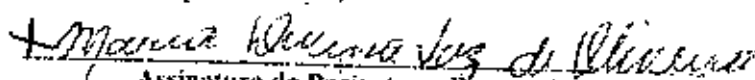
Assinatura do MÉDICO B / Nº CRM

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
Campus Ministro Petrônio Portela, s/n - Teresina

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA COLETA DE AMOSTRA DE PACIENTE
FONTE (Preenchimento obrigatório na admissão do paciente)

Eu, _____
portador do RG nº _____, do CPF: _____
declaro que, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, **autorizo** a
realização da coleta de material biológico (sangue) para análise laboratorial em caso de ocorrência
de acidente de trabalho no âmbito deste Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí.
Exames a serem realizados para diagnóstico de Hepatite B, C e HIV, abaixo discriminados:

- Teste Rápido HIV (anti-HIV)
- Sorologia para HIV (anti-HIV)
- Sorologia para Hepatite C - (anti-HCV)
- Sorologia para Hepatite B - (HBsAg)


Assinatura do Paciente ou Responsável

Para uso do SOST: _____

Nome do Paciente: _____

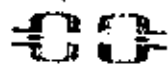
Feito: _____ Coleta: Data _____ / _____ / _____ Hora: _____ h

Nome do empregado acidentado: _____

Serviço: _____

Local de Ocorrência do Acidente: _____

Responsável
(carimbo e assinatura)



Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPOS UNIVERSITÁRIO PETRONIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA
CEP: 64049-550 - TERESINA-PI

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESIOLOGISTA:

DECLARANTE:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____ ☐ Paciente
☐ Responsável ou Representante Legal

Obs.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo:

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____

Procedimento Cirúrgico: _____
1. Declaro que o(a) Dr(a). _____ CRM: _____

Informou-me que, tendo em vista a realização do procedimento acima, será necessária a administração de anestesia:

2. A fim de prevenir e afastar eventuais problemas, declaro que prestei ao médico anestesiolegista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, sem ocultar qualquer fato ou elemento.
3. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: ocorrência de dor, náuseas, vômitos e tremores de intensidade variável; complicações de manuseios de vias aéreas e cateterismo de artéria e veia profunda em casos indicados; reações alérgicas e edema de face e olhos, com possibilidade de necrose de pequenas regiões em cirurgias de longa duração; lesões neurológicas relacionadas ao bloqueio espinhal ou ao posicionamento do paciente, temporárias ou não, especialmente em braços, pernas ou olhos; complicações cardiovasculares ou pulmonares, eventualmente graves, como infarto ou embolias que possam levar à morte em várias situações; complicações renais e do sistema de coagulação, assim como reações adversas do organismo à anestesia aplicada, como aquelas decorrentes de incomuns doenças genéticas / neurológicas / musculares / renais / cardiovasculares / metabólicas.
4. Tive a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento anestésico e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Fui informado que a medicação administrada causa sonolência, amnésia anterógrada de curta duração e relaxamento muscular, podendo ainda causar alergia cutânea e/ou mucosa. Desse modo, não deverei dirigir veículos ou operar máquinas, não deverei ingerir álcool e não deverei assinar documentos no período de 24 horas após o procedimento. Em caso de sinais alérgicos após o procedimento, deverei entrar em contato com o médico anestesiolegista.
7. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e risco do procedimento. Por tal razão e, nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.
8. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Teresina/PI, _____ de _____ de 20____

[Assinatura]
Paciente

Responsável / Testemunha

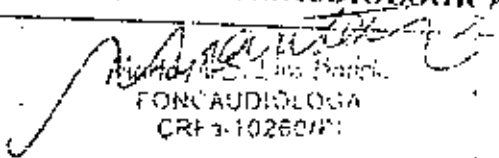
Médico

nn
uu

Nº do PRONTUÁRIO: 3752887

Data 14/03/19

PROTOCOLO FONAUDIOLÓGICO DE TRIAGEM À BEIRA DO LEITO
DISFAGIA - ADULTOS

IDENTIFICAÇÃO			
Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA			
Idade: 52	Sexo: (X) F () M	Data de Nascimento: 9/3/66	
Setor: POSTO 1		Leito: 86	
ESPECIALIDADE			
() Neurologia	() Gastro	() Clínica Médica	() Cardiologia
() Vascular	() Onco-hematologia	() Pneumologia	() Nefrologia
() Endócrino	(X) Outra	DENTO	
MOTIVO DA INTERNAÇÃO			
Complicação mecânica disp. interna oral			
OUTRAS COMORBIDADES			
() HAS	() DM	() ENCEFALOPATIA	() Cirrose
() DPOC	() ICC	() IAM	() Outra
() AVE Prévio	(X) Tabagismo	() Etilismo	
MECANISMOS DE PROTEÇÃO DE VIA AÉREA			
Respiração: (X) Ambiente () Cateter de O2 () Máscara de Venturi			
Possui alguma doença respiratória? () SIM (X) NÃO Qual?			
Já teve pneumonia? () SIM (X) NÃO			
Apresenta sinais clínicos de aspiração? () SIM (X) NÃO Qual? () Tosse () Dispneia/taquicardia			
respiratório () Voz molhada			
Intubação Orotraqueal? () SIM (X) NÃO TEMPO:			
Faz uso de ventilação mecânica () SIM (X) NÃO			
Não invasiva: CPAP () BIPAP () Tempo:			
Invasiva: Modo: Tempo:			
Faz uso de traqueostomia? () SIM (X) NÃO () PLÁSTICA () METÁLICA			
MANUTENÇÃO DA NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO			
Perdeu peso atualmente (por conta da disfagia)? () SIM (X) NÃO			
Reduziu a ingestão de líquidos? () SIM (X) NÃO			
Apresenta doença do refluxo esofágico? () SIM (X) NÃO			
Utiliza Via Alternativa de Alimentação? () SIM (X) NÃO Qual?			
ASPECTOS ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS			
Apresenta alteração na dentição? (X) SIM () NÃO			
(Perda de dentes, estado de conservação, próteses dentárias) OBS: EXTRAÇÃO SUP			
Apresenta anomalias estruturais orofaringolaringeas? () SIM (X) NÃO			
Apresenta dificuldades para mastigar? () SIM (X) NÃO			
Apresenta dificuldades para engolir? () SIM (X) NÃO			
Apresenta sensação de boca seca? () SIM (X) NÃO			
Sente o alimento parado na garganta? () SIM (X) NÃO			
Modificou a consistência da dieta? () SIM (X) NÃO Qual foi a modificação?			
Modificou o tempo de refeição? () SIM (X) NÃO Modificação:			
CONDUTA	() AVALIAÇÃO FONAUDIOLÓGICA		
	(X) NÃO NECESSITA DE AVALIAÇÃO FONAUDIOLÓGICA		
	() ORIENTAÇÕES FONAUDIOLÓGICAS		
FONAUDIÓLOGA RESPONSÁVEL	 FONAUDIÓLOGA CRF 3-10260/P		

Paciente	Data nascimento		Idade	Sexo ☐ Fem ☐ Mas
Prontuário nº	Data admissão	Clínica / Posto / Enfermaria / Leito		Data infecção
Diagnóstico(s) de Base (CID):				

Indicação do antibiótico	☐ Terapêutica	☐ Profilaxia cirúrgica	☐ Profilaxia não cirúrgica
Peso:	Creatinina:	Função hepática:	☐ Normal ☐ Alterada
Fatores de risco	☐ Esteve em UTI	☒ Realizou cirurgia	☐ Uso prévio de antibióticos
Tempo/Usa de Antibióticos			
Foco da Infecção:	☐ Comunitária		☐ Hospitalar
☐ ITU	☐ Pneumonia	☐ Sítio Cirúrgico	☐ Corrente Sanguínea
☐ Assintomática ☐ Sintomática ☐ Outras ☐ Cateter urinário (SVD) ☐ Outra instrumentação	Rx tórax/TC ☐ Definido ☐ Possível ☐ Negativo ☐ Não feito ☐ Respirador	☐ Incisional ☐ Órgão/espaço ☐ Profunda Local sítio cirúrgico: _____ _____ _____	☐ Laboratorial ☐ Clínica ☐ Cateter central ☐ Cateter periférico ☐ NPT ☐ Hemodiálise
			☐ Outras Infecções Local principal: _____ Local específico (CID): _____ ☐ Procedimento/ Instrumentação invasiva

Culturas realizadas			
Data	Material	Microorganismo	Sensibilidade

Antimicrobiano solicitado						Uso exclusivo da CCIH						
☐ Início de tratamento						☐ Renovação da solicitação						
☐ Mudança de esquema						☐ Alteração de Posologia						
Antimicrobiano	Dose	Intervalo	Via	Dias	Autorização	Alteração	Dose	Intervalo	Via	Dias		
					☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não						
					☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não						
					☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não						
					☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não						
Justificativa do médico						Justificativa / Sugestão da CCIH						
Assinatura/carimbo do prescrito(a)						Assinatura/carimbo da CCIH						
Data						Data						
Uso exclusivo da Farmácia:												

Legenda: ITU = Infecção do trato urinário; NPT = Nutrição parenteral; SNC = Sistema Nervoso Central; CID = Código Internacional de Doença;



Hospital
Universitário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME: Adriana Maria da Silva N: DO PRONTUÁRIO: _____
DATA: 16/02/19 HORÁRIO: 10h CLÍNICA: POSTO 01 ENF/LEITO: _____

1. CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DE ALTA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA / ORIENTAÇÃO: CONSCIENTE () ORIENTADO () DESORIENTADO () TORPOROSO ()
RESPOSTA MOTORA: SEM DEFICIT MOTOR () COM DEFICIT MOTOR ()
RESPOSTA VERBAL: FÁSICA () DISÁTRICO () AFÁSICO ()

2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA

Paracetamol 500mg, 1 comprimido a cada 6h, 10 dias

3. DISPOSITIVO EM USO

	SIM	NÃO
CURATIVO		
CATETER DE DUPLO LÚMEN		
SONDA VESICAL DE DEMORA		
SONDA VESICAL DE ALÍVIO (CATETERISMO INTERMITENTE)		
DRENO		
FIXADOR EXTERNO ORTOPÉDICO		
SONDA ENTERAL/ NASOGÁSTRICA		
COLÓSTOMIA		
OUTRO, ESPECIFIQUE		

4. ORIENTAÇÕES PARA A ALTA

Retornar ao trabalho em 15 dias, com acompanhamento da médica.

5. GRAU DE DEPENDÊNCIA: GRAU I () GRAU II () GRAU III () GRAU IV ()

6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS: CIRURGIA PLÁSTICA

*CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO CUIDADO PÓS-ALTA

GRAU I

*DEAMBULA SEM AUXÍLIO;
*TOMA BANHO E ALIMENTA-SE SOZINHO
*SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO
*ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DO AUTO-CUIDADO

GRAU II

*NECESSITA DE AUXÍLIO NA AMBULAÇÃO NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO;
*SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO
*QUANTIDADE MODERADA DE MEDICAMENTO;
*ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO NO AUTO-CUIDADO;
*PRESENÇA DE SÍNDROMES CURATIVAS E OUTROS;
*CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS DE ROTINA;

GRAU III

*NECESSITA DE AUXÍLIO NA AMBULAÇÃO, NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO;
*CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS COMPLEXOS;
*ALTERAÇÕES DISCRETAS DE COMPORTAMENTO;
*OBSERVAR FREQUENTEMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE;

GRAU IV

*ACAMADO NO LEITO;
*HIGIENE NO LEITO;
*ALIMENTAÇÃO POR TUBOS OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TO
*REQUER MEDIDAS COMPLEXAS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA;
*COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS;
*INCONSCIENTES OU COM DEVIOS NO PADRÃO DE COMPORTAMENTO;

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A) EM CHEFE

CORREN 149314



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Maria de Lourdes da Conceição
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.384.739 DATA DE EMISSÃO 17/11/09

NOME MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO

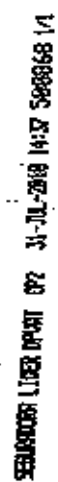
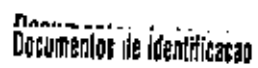
ALIAÇÃO MARIA LUZIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE BARRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 10/04/1984

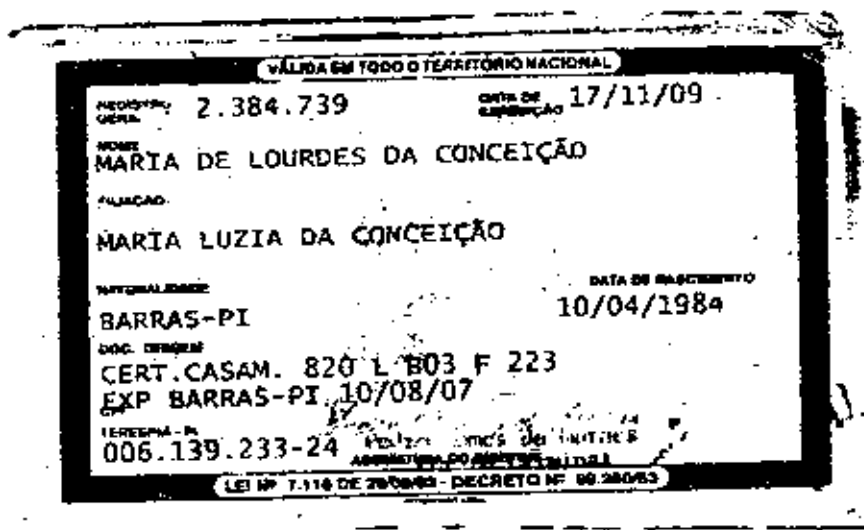
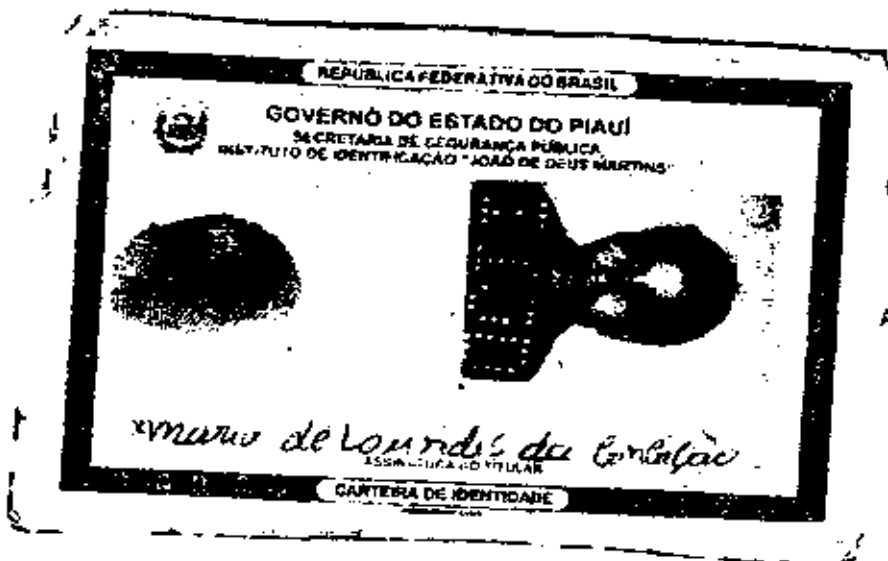
DOC. ORGEM CERT. CASAM. 820 L B03 F 223
EXP BARRAS-PI 10/08/07

TERCEIRA - PI 006.139.233-24 (Assinatura de Maria de Lourdes da Conceição)

LEI Nº 7.114 DE 20/09/63 - DECRETO Nº 60.240/63







DUT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PI	Nº 8493817595
0120100085636	81532750216
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
145822d43bc59a99c54da6806bc0f896e8386100616	
VIA	MOD. RENAVAM
1	777730243
NOME DE DEECCO	
ANTONIO BILSON SOUSA RODRIGUES	
AV MATIAS OLIMPIO 00499	
CENTRO PI	
CPF/CNPJ	PLACA
87453843391	LV2-7653
NOME ANTERIOR	
RICARDO MARCELO RIBEIRO BARBOSA	
PLACA ANT./UF	CHASSI
7-?	9BG138AC02C411985
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
ESP/CAMINHONE/AB/CAB. DUPLA	DIESEL
MARCA/MODELO	ANO FAB
GM/S10 2.8 D	2002
CAP/POT/CIL	CATEGORIA
06P/132CV/OCC	PARTIC
COR PREDOMINANTE	
VERDE	
OBSERVAÇÕES	
0 CMT: 003.70 PBT: 002.90	
ALIANCA FIDUCIARIA	
AYMORE CREDITO F E INVESTIMENTO S.	
LOCAL	DATA
PORTO	16/06/2010
VELLINGTON SILVA DE MACHADO	
DIRETOR GERAL DE DETRAN - PI	

CARTORIO VIRGINIA 2 OFICIO
 AVENIDA PRESIDENTE VARGAS, CENTRO - Nº 51, PORTO - PIAUI
 CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL
 EXIBIDA NESTAS NOTAS
 EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. PORTO, 15/05/2010 09:26:20
Carlos Eduardo de Sousa Lima
 CARLOS EDUARDO DE SOUSA LIMA - ESCRIVENTE
 Errat. 2.38 TJ 0.48 Selo: 3.25 Total: 3.12



AUTENTICAÇÃO
 Nº ABN-14392

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

**AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:**

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas a suas reincidências, até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____ ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DETRAN - PI		Nº 8493817595
0120100085636		01532750216
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO		
165822d43be99e99c54d4250d6bcd0f896e838610d616		
VIA	COO-RENAVAM	ANTAC
1	77730243	
NOME/ENDEREÇO		
ANTONIO BILSON SOUSA RODRIGUES		
AV MATIAS OLIMPIO 00499		
CENTRO PI		
CPF/CNPJ		PLACA
87453843391		LVZ-7653
NOME ANTERIOR		
RICARDO MARCELO RIBEIRO BARBOSA		
PLACA ANTERIOR	CHASSI	
	9BG138AC02C411985	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL
ESP/CAMINHONE/AB/CAB. DUPLA		DIESEL
MARCA/MODELO		ANO FAB. ANO MOD.
GM/S10 2.8 D		2002 2002
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
06P/132CV/0CC	PARTIC	VERDE
OBSERVAÇÕES		
0. CMT: 003.70 PBT: 002.90		
ALIENACAO FIDUCIARIA		
AYMORE CREDITO F E INVESTIMENTO S.		
PORTO	LOCAL	DATA
		16/06/2010
WELLINGTON LAYAN DE OLIVEIRA		
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI		

CARTÓRIO VIRGÍNIA 2º OFÍCIO
 AVENIDA PRESIDENTE VARGAS, CENTRO - Nº 61, PORTO - PIAUÍ
 CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL
 EXIBIDA NESTAS NOTAS
 EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. PORTO, 15/05/2018 08:26:20
Carlos Eduardo de Sousa Lima
 CARLOS EDUARDO DE SOUSA LIMA - ESCRIVENTE
 Errot. 2,39 TJ 0,48 Sufor. 1,25 Total: 3,12



AUTENTICAÇÃO
 Nº ABN-14392

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

**AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:**

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidência, até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O adquirente tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____ ASSINATURA DO COMPRADOR

**RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 368 C.P.C.**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190353445**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Avenida Marginal Tiete , SN - Alagados - Porto - PI - CEP 64145-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **764913**

Data e local do acidente: [**30/04/2018**]

PI QUE LIGA PORTO A CIDADE DE BARRAS - PORTO PI

Data e local do exame: [**11/06/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE COMPLEXO ÓRBITO-ZOGOMÁTICO-MAXILAR BILATERAL E MÚLTIPLAS FRATURAS DE COLUNA VERTEBRAL (T3, T4, T5, T8, T10, T11 E L1).

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA (ABERTURA MÁXIMA 2CM), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA AINDA, DIMINUIÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DA COLUNA TORÁCICA E LOMBAR.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE E TRATAMENTO CONSERVADOR NA FACE. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM AGOSTO DE 2018.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL DA FACE, COLUNA TORÁCICA E LOMBAR.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

LESÃO CRANIO-FACIAL

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

SEGMENTO DA COLUNA LOMBAR

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

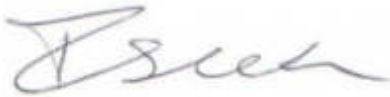
SEGMENTO DA COLUNA TORACICA

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250270/18
Vítima: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
CPF: 349.304.773-87

Data do Acidente: 30/04/2018
CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



MARIA DE LOURDES DA CONCEICAO : 006.139.233-24

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

MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA : 349.304.773-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/07/2018
Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 349.304.773-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

JULIANA MARQUES RODRIGUES

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA MOIXIA DINHO ALVES DE ALMEIDA

DATA DO ACIDENTE 30/04/2018 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 349.304.793-87

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (frete e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS COM COBERTURA DE MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união e (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- ☐ BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) MOIXIA DINHO ALVES DE ALMEIDA

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 001-1339-233-24

E-mail: 2107/2018 Assinatura Xmoxia de Almeida Tel: 0800-022-1204

RESPONSÁVEL PELA RECEBIMUNTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Helicône Ponto P. Carvalho
 Atendente Atendente Comercial Matrícula 401-8378861-5
 Data: 21/07/2018 Assinatura: MC. Borges - PI

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ANTONIO DILSON SOUSA RODRIGUES

Nº de inscrição

874538433-91

Data de Nascimento

03/05/77



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Exp. em Porto - PI - 25-10-82

Data de Nascimento 07.11.77 - 24-11-80

03/ maio / 1977

Porto/PI

Maria Arlene Sousa Rodrigues

Francisco Nunes Rodrigues

ANTONIO DILSON SOUSA RODRIGUES

29.11.95

626.731

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO
PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade a exigência por terceiros, sal
nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

Antonio Dilson Sousa Rodrigues

ANTONIO DILSON SOUSA RODRIGUES

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 30/

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0183136/19

Vítima: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

CPF: 349.304.773-87

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 30/04/2018

Titular do CPF: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA : 349.304.773-87

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/05/2019

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

CPF: 349.304.773-87

MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019

Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo

CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0183136/19

Vítima: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

CPF: 349.304.773-87

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 30/04/2018

Titular do CPF: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA : 349.304.773-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/05/2019
Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
CPF: 349.304.773-87

MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

Conc

/Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo
3180 3153 316

() Aguardando status e/ou Erro sistêmico

☒ Solicitação 07

() Solicitação 06

() Caixa Redistribuição

() Atraso por consulta ao site da Receita Federal

() Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
<i>03/05</i>	

Nome: Tânia Pinto

RAS/PI

113

 Correios	☐ AR	SEDEX
	☐ MP	
FC02803 PESO (kg) 0,081	92236 2 BR	

DA

Serviço Seguro DPVAT		TELEFONE/Phone number
nº 800 24º andar Centro		
City	UF/State	PAÍS/Country
de Janeiro	RJ	

REMETENTE / Sender

Kasselin Rodrigues

TELEFONE / Phone number

861 8802-0276

ENDEREÇO / Address

localidade motinha ZONA RURAL

CEP / Zip

64340000

CIDADE / City

Nossa Sra dos Remédios PI

UF / State

PAÍS / Country

DEVOLUÇÃO / Return

(CH15)

- ☐ Mudou-se (moved) ☐ Falecido (deceased)
☐ Recusado (refused) ☐ Endereço insuficiente (insuff. return address)
☐ Desconhecido (unknown) ☐ Não existe o número indicado (non-existing number)
☐ Não procurado (not sought) ☐ Outros (other)
☐ Ausente (absent)

Tentativas de entrega (delivery attempts)

1° / 2° / 3° / 4° / 5° / 6° / 7° / 8° / 9° / 10°

- ☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (information provided by the doorman or the condo manager)
☐ Reintegrado ao serviço postal em (reintegrated to postal service in)

Data:

Date:

Assinatura:

Signature

RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE
 "To recycle materials is to preserve the environment"



FSC

www.fsc.org

MISTO

Envelope produzido
 a partir de
 fontes responsáveis

FSC® C01589

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 2061194

MARIA DE LOURDES DA CONCEICAO

AV. SAO JOSE OPERARIO, 936, 936

VILA JOAO PAULO

64100000 BARRAS

PI

CÓDIGO ÚNICO 9889817	MÊS 02/2018	PERÍODO DE CONSUMO 17/01/2018 a 16/02/2018
CONSUMO (kWh) 30	VENCIMENTO 23/02/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 6,47

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 9889817	MÊS 02/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 6,47
--------------------------------	-----------------------	----------------------------------

836400000003.064700170000.000000009886.981702180051

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria de Luanda da Conceição inscrito (a) no CPF/CNPJ 006.139.233 / 24 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Luiza dos Reis de Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 349.304.773/87 do sinistro de DPVAT cobertura da Vitima Maria Luiza dos Reis de Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 349.304.773 / 87 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Advogada Renda: Advogada e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua São José Operário</u>		Número	<u>936</u>	Complemento
Bairro	<u>São José</u>	Cidade	<u>Barras</u>	Estado	<u>PA</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		CEP	<u>64.100-000</u>
				Telefone celular (DDD)	<u>(86) 8802-0276</u>

Barras Piauí 21 de junho de 2018
Local e Data

Maria de Luanda da Conceição
Assinatura do Declarante

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Maria Divina Vaz de Oliveira
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casada
Profissão: Agente de Saúde
Identidade: 764.913 CPF: 349.304.773-87
Endereço: Avenida Marginal Tiante S/N Alagados Porto P.

OUTORGADO:

Nome: MARIA DE LORDES DA CONCEIÇÃO
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA Profissão: LAVRADORA
Identidade: 2.384.739 CPF: 006.139.233-24 Endereço: VILA JOAO PAULO, RUA PRINCIPAL, S/N, BARRAS - PI.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o 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 o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Maria Divina Vaz de Oliveira

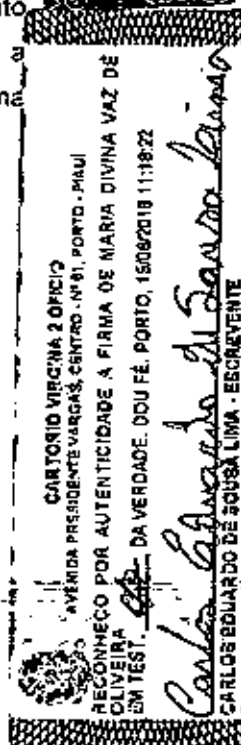
Porto - Piauí 15 Junho 2018

Local e data

2º OFÍCIO

Maria Divina Vaz de Oliveira

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190353445

Cidade: Porto

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Data do acidente: 30/04/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR BILATERAL
MÚLTIPLAS FRATURAS DE COLUNA VERTEBRAL (T3, T4, T5, T8, T10, T11 E L1).

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA (ABERTURA MÁXIMA 3CM), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA AINDA, DIMINUIÇÃO INTENSA DA MOBILIDADE DA COLUNA TORÁCICA E LEVE DA LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE E TRATAMENTO CONSERVADOR NA FACE. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM AGOSTO DE 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da coluna torácica, Limitação funcional da coluna lombar, Cranio-facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0183136/19

Vítima: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

CPF: 349.304.773-87

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 30/04/2018

Titular do CPF: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA : 349.304.773-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/05/2019
Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
CPF: 349.304.773-87

MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo