



02/09/2020

Número: **0800963-26.2019.8.18.0068**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Porto**

Última distribuição : **30/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA (AUTOR)		ISLANNY OLIVEIRA SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11675309	02/09/2020 09:47	PROC ADM	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14408323





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

00050280



Carta nº 14415370





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, 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

Pag. 00249/00250 - carta_09 - INVALIDEZ

00040125



Carta nº 14538994





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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)

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	CPF titular da conta	Profissão
Maria Divina Vaz de Oliveira	349.304.773-87	Agente de Saúde
Endereço	Número	Complemento
Avenida Marginal Norte	514	
Bairro	Cidade	Estado
Alagados	Paraná	Picuí
Email	CEP	Telefone (DDD)
	64145-000	

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 D/V 8 CONTA NRO. 527 D/V 4
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(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.

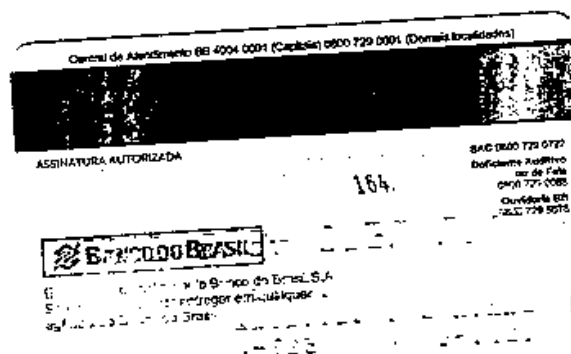
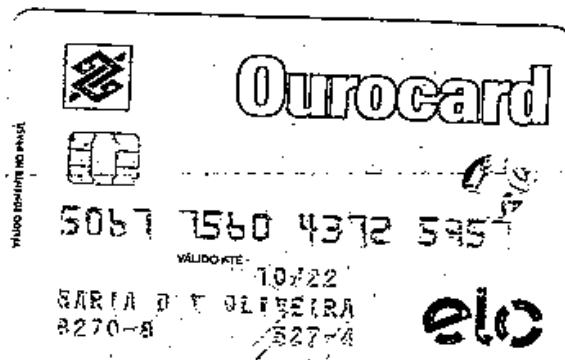
Paraná, 15 de junho de 2018
Local e Data

Maria Divina Vaz de Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017







AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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)

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	CPF titular da conta	Profissão
Maria Divina Vaz de Oliveira	349.304.773-87	Azede de Saúde
Endereço	Número	Complemento
Avenida Marginal Norte	511	
Bairro	Cidade	Estado
Alagados	Paraná	Picuí
Email	CEP	Telefone (DDD)
	64145-000	

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.	DIV	CONTA NRO.	DIV
8270	8	527	4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO	NRO.
Nome	
AGÊNCIA NRO.	DIV
CONTA NRO.	DIV
(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.

Paraná, 15 de Junho de 2018
Local e Data

Maria Divina Vaz de Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



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 Giet Número: 375 Complemento: Coro

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 POUANÇA (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

Seguradora Líder DPVAT

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 nascituro (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: 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

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

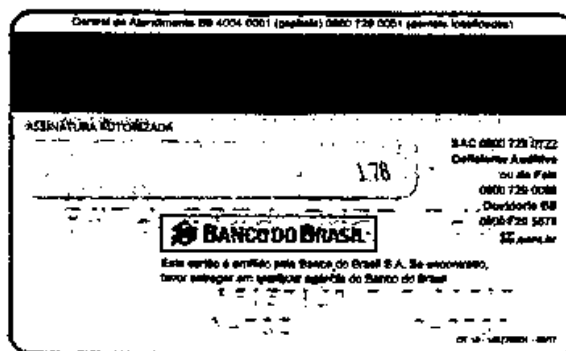
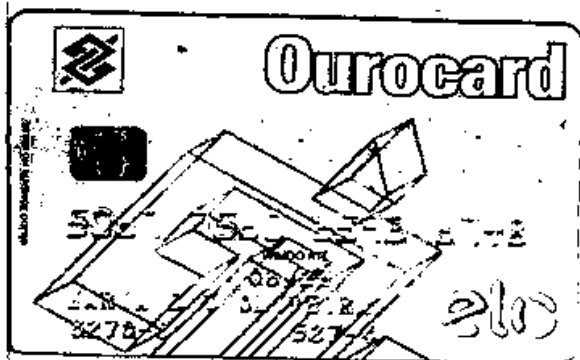
2ª Nome: _____

CPF: _____

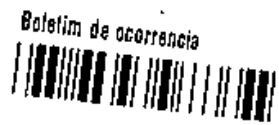
Assinatura

(*) 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-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2018



IM



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

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 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 98G138AC02C411985, Código RENAVAM nº 777730243, licenciado em nome de Antonio Dilson Sousa
 Rodrigues (notificante) e caminhão Mercedes Benz/L1218R ano/modelo -2001/2001, cor branca, placa KEP
 8931, condutor não identificado.

NARRATIVA DO FATO

O notificante 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 98G138AC02C411985, Código RENAVAM nº 777730243, licenciado em nome de Antonio Dilson Sousa
 Rodrigues (notificante); 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 contrário e invadiu a pista preferencial do notificante, 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 notificante foi avariado dando perda total. Era o que se
 tinha para comunicar.

Porto, 21 de maio de 2018.

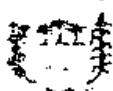
[Assinatura]
 EPC- Francisco das Chagas Sousa e Silva
 Responsável pelo Registro

[Assinatura]
 Antônio Dilson Sousa Rodrigues
 (notificante)

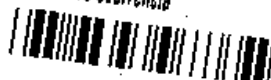
Alisson Landin Macedo
 Delegado de Polícia



TW



Boletim de ocorrência



Governo do Estado do(a/e) Piauí
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
GÊNERIA DE POLÍCIA DO INTERIOR/REGIONAL ESPERANTINA
Delegacia de Porto
 Praça Alonzo 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 Olímpio, 499- centro - Porto - PI Telefone: 86 - 98806-9499 (Eida) Email: não possui

PESSOAS ENVOLVIDAS

Vitima(s): O PRÓPRIO NOTICIANTE, DIEGO ALVES DOS SANTOS, Rg. nº 3.323.958, 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

Desc. Do(s) Veículo(s): Camioneta marca GM S10.2.8 D. ano/modelo 2002/2002, cor - verde, placa LVZ-7653, chassi 98G138AC02C411985, 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 98G138AC02C411985, 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 contrário 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 médico; 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



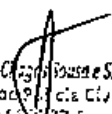


Governo do Estado do(a/e) Piauí
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
Gerência de Polícia do Interior/Regional Esperantina
Delegacia de Porto
Praça Alonso Silva, 278, Centro

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.: 55.277-5



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221 204 ou 0800 0221 206 (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 Juliana 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 5º 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 Juliana Vaz de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V001/2017



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 interdita 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

Mariano Djalma 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)

26) 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 Vi de 15 Junho de 2018

Local e Data

Mariano Djalma Vaz de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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



Comprovante de residência



Castelo Branco, TO1 - Norte - Teresina - PI
 Cep: 19.301.556-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
 Internet: www.agespisa.com.br
 Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8898

Fatura Mensal

Hidrometro: **APB.024921** Referência: **MAR/2018**

Razão Social/Endereço: **MARIA DIVINA V OLIVEIRA**
AVE MARGINAL TIETE, S/N
GLAGADOS
PORTO 641-15000

NS= 98

Situação	Res.	Categoria de Uso	Inscrição
3/3	1	Com. Ind. Puc.	85 1 05 0345 0005-000

21/02/2018 21/03/2018 28

Mês	Letra	Consumo	Qtd
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/ MINIMO DA LIGACAO**

Cod. Responsável: **010211032** Código de Têxto: **01**

Consumo: **3** Consumo Faturado: **10**

Nome do Serviço: **ESGOTO** Valor (R\$): **26,91**

MULTA IMPUNTUALIDADE 001/001: **13,45**

JUROS DE MORA 001/001: **1,71**

MANUTENÇÃO HIDROMETRO: **2,15**

TOTAL: **1,60**

VENCIMENTO: **28/03/2018** TOTAL A PAGAR (R\$): **45,81**

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$ 45,81
 COMPOSICION: 1.445,10 R\$ O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

RESUMO DE PAGAMENTO DE AGUAS E ESGOTOS

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Cálcio	Estanho	Cópi
Valor Adquirido Permitido	50	15	50	6,0 a 8,5	0,3	Adquirido	Adquirido	

100 Milhões de Amperes Catódicos

100 Amperes Realizados

100 Amperes que Atinge Legislação

Valor Adquirido: **0.63 0.00 1.16 6.53 0.25 0.00 0.00**

Condição: **RESERVA E VALIDADE DA TELA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇO**

MANUTENÇÃO NÃO VAI MANUTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTAS
 ALTERNATIVA: RETIRE 2 VÍDEO VÍDEO MANUTENÇÃO DE SERVIÇO
 EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETA, ESGOTO COLETA DO LIXO
 ISSA RECIBE PROCESSO DE TRABALHO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL



Comprovante de residência



Cartão Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
 Fone: 19.501.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
 Internet: www.agespise.com.br
 Atendimento ao Consumidor: 0800 86 9868

Fatura Mensal

Hidrometro: **AGE-024021** TAR/F013

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

21/02/2018 21/03/2018 28

Mês/Ano	Histórico do Consumo	Letras	Consumo	Outro
09/17	10	4	32	
10/17	18	8	0	
11/17	24	0	0	
12/17	29	0	0	
01/18	36	0	0	
02/18	41	0	0	
03/18	44	0	0	

Forma de Pagamento
FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO

Cód. Responsável: **010211020** Cód. de Têrço: **01**

Consumo Médio: **6** Com. FMS Ags: **3** Consumo Faturado: **18**

Valor (R\$):
 26,91
 13,40
 1,71
 2,15
 1,60

Nome do Serviço: **ESGOTO**

MULTA IMPUNTUALIDADE 001/001
 JUROS DE MORA 001/001
 MANUTENÇÃO HIDROMETRO

28/03/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$) 45,85**

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$ 45,85
 CONFORME TET PROTOCO 11.445.1097 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
 DIAS APÓS VENCIMENTO.

COMPARATIVO DE PREÇOS

Preço	Valor	Unidade	Preço	Unidade	Preço	Unidade	Preço	Unidade
0.63	0.00	1.1F	0.53	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00

RECEITA Nº 001/001 DE 14/03/2018

ALTERNATIVA: RETIRE 2 VIA DO SEU SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA
 EM 10 DIAS LÍQUIDAR O VALOR DO SEU SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA
 NESTA RECEITA PROCESSO DE TRAMITAÇÃO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL



cepsa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.145-000 - Fone: (86) 3331.333-5
Nota Fiscal: Companhia de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime especial de tributação adotado pela SEF nº 00-98

Para contato
com o cliente, informe
esse NÚMERO!!

CEU-CODIGO

0400133-1

Comprovante de residência



Nº da Nota Fiscal 021759591

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

VENCIMENTO
MAY/2019

VENCIMENTO
22-05-2019

CONSUMO (kWh)
126

TOTAL A PAGAR (R\$)
130,83

MARIA DIVINA V DE OLIVEIRA
R. ANTONIO BELARMINO 375 375 CENTRO
CPF: 00034930477387
CEP: 64.145-000 - PORTO

RD1: 132.324.10.08.691600

Anterior:	10674	Atual:	15/05/2019
Anterior:	10674	Atual:	15-04-2019
Constante de Multiplicação:	126	Próxima Leitura:	13-06-2019
Consumo Medido:	126	Emprego:	14-05-2019
Consumo Faturado:	126	Apresentação:	15-05-2019
Forma de Pagamento:	NORMAL	Dias de Conto:	30

Classificação	Ligação	Número Medidor	Porto	Código Rel.	Índice 12-Mês
RESIDENCIAL	NONO	A534027		1.1.1.1	91

RESUMO DE PAGAMENTO	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Máximo consumo	CONSUMO 126 A R\$ 0,863483 =	108,79
ABR/19 119	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	19,54
MAR/19 119	CORRECAO MONETARIA IG 04/19-00	0,22
FEV/19 128	MULTA POR ATRASO 04/19-00	2,05
JAN/19 139	JUROS POR ATRASO 04/19-00	0,23
DEZ/18 82	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,62
NOV/18 86		
OUT/18 31		
SET/18 78		
AGO/18 90		
JUL/18 83		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 126 - R\$ 6,62278

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09).
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 14-05-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO FISCAL: 5194.8869.5156.2287.0085.8538.4E4E.9D71
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

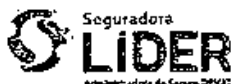
Distribuição:	22,87	Base de Cálculo:	108,79	64,56
Energia:	44,18	Alíquota TMS:	22,00%	
Transmissão:	7,47	Valor do ICMS:		23,93
Encargos:	3,65	Valor do PIS:	1,40%	1,19
Tributos:	30,62	Valor do COFINS:	6,49%	5,50

INDICADORES DE CONSUMO

Unidade	Normal	Consumo	Variação	Tempo	Anual
Unidade	6,87	13,74	27,48	3,61	7,23
Variação	0,00		0,00		0,00

CONSUMO MENSUAL: 03/2019 41,51





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)

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº 9.613/98.

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

☐ Declaro Profissão: NULCADA Renda: NULCADA 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 americano</u>		Número	<u>936</u>	Complemento
Bairro	<u>São José</u>	Cidade	<u>Barras</u>	Estado	<u>Bahia</u>
Email			CEP	<u>64.100-000</u>	
			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>(86) 8802-0276</u>	

Barras Bahia 25 de junho de 2018
Local e Data

Marcos de Almeida da Conceição
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:49:13
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209471466900000011055165>
Número do documento: 20090209471466900000011055165

Declaração do proprietário do veículo



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 824538433-91, com
domicílio na cidade de Porto, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Avenida Jatinho Olímpico, 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 Luíza Vaz de Oliveira, cujo o condutor era

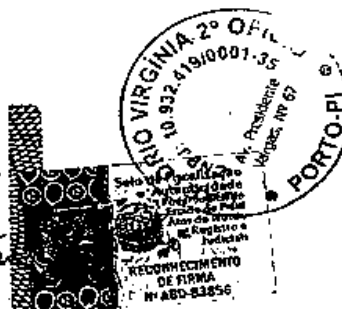
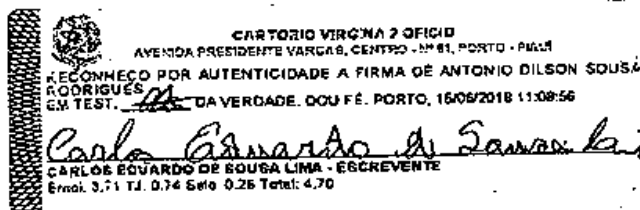
Veículo: Carro
Modelo: GM/1510 2.8 D
Ano: 2002
Placa: LVZ-7653
Chassi: 9BG138AC02C411985
Data do Acidente: 30/04/2018
Local e Data: 15/05/2018 Porto-Piauí

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)





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

Documentação médico-hospitalar

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 das Chagas Sousa e Silva
Escrivão de Polícia Civil
Mat.: 198.777-5





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 Jovina Vas 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 Jovina Vas de Almeida
Médico de Família e Comunidade
CRM nº 10.000.000.000

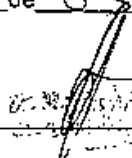
NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Artigo 86 do
RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido
para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



ATESTADO MÉDICO

Atesto que Maria Divina 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



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



NOME DO PACIENTE: Maria Orina 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

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 ENFERMEGEM
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: 8404020526 - 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 C02M</i>				
CID 10: <i></i>				
Tratamento Realizado: <i>Osteossíntese das fraturas do complexo Órbita Zigomático Maxilar Direito e Esquerdo</i>				
Exames Realizados: <i>T.C. de FACE</i>				

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

08/05/18

Data

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:49:13
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209471466900000011055165
Número do documento: 20090209471466900000011055165





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

(Usuário: 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	CNS: 708002848475625	
Profissão: TEC DE ENFERMEAGEM	CPF: 708002848475625	
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Solteiro	
End. Local: -		

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: -
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) Vias aéreas patentes, sem alteração de nível de consciência, sem alterações de EF cervical
(B) MV + AR + S/A, ilares pulmonares e pleurais (C) Abdomen indolente, sem sinais de trauma, sem sangramento ativo (D) Glaguer = 15, movimentos ativos nos DM membros (E) Ressonância de espina
probavelmente bilateral a nível 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
- R1 fístula

RAIO-X REALIZADO

DATA 30/04/2018

Técnico: R. S. L.

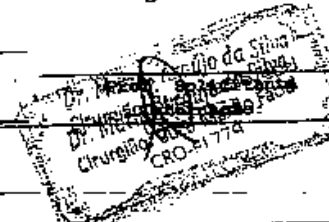
ALTA: () Melhorado () Administrativa () Retornar à Unid. Origem:
() Curado () Por Indisciplina () Transferência:
() Inalterado () Por Evasão
() A Pedido

DATA SAÍDA: - / - / - HORA: -

DESTINO:
() Até 24 hs () Família
() De 24 a 48 hs () INL
() Após 48 hs () Anat. Patol.

() Internação na Unidade
Proced. Solicitado: 0404020526

S02.4
CID Compatível:





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
Responsável: ESMERALDA VAZ	CNS: 708002848475625	Fone: 86-98843-2676
Profissão: TEC DE ENFERMEAGEM	Documento: RG: 764913 - PI	
G. Instrução: Médio Completo	S. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 662813	Data: 30/04/2018 23:39:30	Clas. Cox: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRANSITO VITIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / /	ESPECIALISTA: <i>Neurol</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>hem diátese neurológica</i>	<i>Genan</i>
Carimbo/Assinatura Solicitante: <i>Don Genan</i>	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /	
<i>Assinatura de don em envelope anexa</i>	
<i>TC crânio: sem lesão neurológica aparente</i>	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: <i>Ad. Aval</i>	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / /	ESPECIALISTA: <i>Neurol</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>logica</i>	<i>TC crânio em 12 horas</i>
Carimbo/Assinatura Solicitante: <i>Neurol</i>	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /	
<i>Pac vítima acidente automobilístico, apresentando lesão no membro superior direito, com fratura de rádio e ulna.</i>	
<i>Indicado tratamento com fisioterapia e analgesia.</i>	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: <i>Dr. Sérgio</i>	





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: <u>HVR</u>
Nome da pessoa encaminhada: <u>MR. MARINA VIZ. DO OLIVEIRA</u>	Registro: <u>FD 24524</u> <u>AVF 241061859</u>
Motivo do encaminhamento: <u>PELA RECOMENDACAO VIZINA DO CAPILHA</u> <u>VIOLACAO (CAMINHADA X PICK UP) E</u> <u>FURTO (HOMENAGEM PARA OCEANO BALNEARIO)</u>	
Observações:	

<u>6/10/2020</u>	Resposta: <u>Informação de Encaminhamento</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>1/1/</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	Prontuario:
	475284
	Interação:
	213438

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA				
End. Resid.: RUA MARGINAL TIETE - CENTRO				
Cidade: PORTO - PI			CEP: 64145-000	
Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Feminino	09/03/1966	52a:2m:22d	Solteiro(a)	TEC DE ENFERMEGEM
Internação		Alta		Permanência
Data	Hora	Data	Hora	
30/04/2018	13:25	08/05/18	7:42	

Diagnósticos:	Cod. CID:
CID Principal: <i>Fratura do Complexo Osso Ligamentar Malar</i>	
CID Secundário:	
CID Causa Morte:	

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):
Edema em hemifaceal @, equimose periorbital.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:
Paciente segue em BGG, LARF, ausência de sinais ou sintomas de infecção, ausência de sangramento ativo, recebendo bem a dieta.

MEDICAÇÕES:
Analgesico, anti-inflamatório e antibiótico.

CIRURGIA: Data: *07/05/18* Tipo:
Desbridamento de fratura COZM

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:
Acompanhamento ambulatorial

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

TRANSFERÊNCIA:
 Vaga cedida por: Transporte:

Nome: *Dr. Matias Araújo da Silva*
 Cirurgião: *Orto-Maxilo-facial*
 Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente





REQUISIÇÃO DE PARECER

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

MOTIVO DA CONSULTA

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

Jr. José Carlos Gomes Filho
CIRURGIABUCOMAXILO-FACIM
IMPLANTODONTIA
CRM-PI 32000

DATA: 02/05/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Prd c / citurgica
Cirurgia Osteotomia e
osteoplastia

Dr. Ednan Soares Coutinho
CRM-PI 11675309

Indomar D. Freitas Simões
CRM-PI 11675309





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

ORTO 06/1
CURSOS
DOOR. J. J. J.



DE DO PACIENTE Maria Oliveira de Oliveira ANOTISTO ATUAL E COMORIDADES Pct volume de saúde cadaveria	PRONTUÁRIO 475289	D. NASCIMENTO 19/05/1978	CLÍNICA Próf. de	ENF. ou APT. de	LEITO
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 30/04/2020 HORA: 14:00	HORÁRIO 02:00	OBSERVAÇÕES EXAME: (DOR) DATA: 11/05/2020 EXAME: (DOR) DATA: 11/05/2020			
01. Dieta ZERO 02. 565x 1000 ml, EV. 14g/ml 03. Diapirana 500mg 3 vezes ao dia EV. 5ml/h. 04. Prudua Pct pelo médico 05. SSINT C6666	02. 08:00	EXAME: (DOR) DATA: 11/05/2020 EXAME: (DOR) DATA: 11/05/2020			
Dr. Ednan Soares Coutinho Médico CRM: 116538	Dr. Ednan Soares Coutinho Médico CRM: 116538	Dr. Ednan Soares Coutinho Médico CRM: 116538			

MÉDICO/CRM:

Med: 007

ÉDICO/CRM:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

(52R)

DO PACIENTE:	PROTÚRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
NA OUBAMA WTE DE OLIVEIRA	445284	03/03/66	ENF	212	366
HISTÓICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE		
CC. maxila + Cam	NEGIA		BUCOMAXILO		
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: 02/09/18					
Dr. Operatório J. Med. Pto					
de líquido pastoso					
decreta de pasta					
Edição 10/2018					
NUTRICIONISTA					
CRN 3746					
alotina 1g+AD, EV de 6/6h					
adron4mg+AD, EV de 8/8h					
irona sodica 500mg, 1 amp+AD, EV de 6/6h					
itidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h					
cel 20 mg + AD EV de 12/12h					
plene oral com clorexidina 0,12% 2x dia					
/V					

Lamberto de Paula Brito Junior
Cirurgião Dentista
CRC-180

Encaminhado ao C.E. às 08:00h





Nome: Flavia Adriana Vargas Oliveira Data: 1/1/ Posto: _____
Sexo: M P 1 IDB: _____

Ente: 213 Lote: 360 prnt: _____ Município do origem: _____
 Valor proveniente de outro hospital / atual: _____

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

01	Medicamentos utilizados:	
02	Fatores Risco: () Fumante () Etilista () Drogas	na boca
03	Alérgias: (X) não () sim, quais?	
04	Doenças preexistentes? quais?	na boca
05	Mobilizado: () presente () ausente (X) com ajuda	
06	Acompanhante: (X) sim () não	
07	Nutrição: () não aceita () SNE (X) zero () gastrostomia () VO	
08	Eliminações: () normais () Costante () hecatomia () Melena	
09	() Enterorria () Constipação () Diarreia, Qual foi a última evacuação?	
09	Durres: () hespanha () Anúria () Hematuria () Oligúria () Polúria	
	() Polaciúria () Isúria () Cistostomia () Retenção urinária	
10	() SVA () SVD	
10	Sono e Repouso: () Sono () Insônia () Inestabilidade	
11	Fenda operatória: () Necrótica () Infectada () Granulada () Epitelizada	
12	() Limpa e seca () úmida () Ulcera da pressão	
12	Drenos: () Klex () penrose () suctor () Jorax	
13	Imobilização: () MLE () MID () MSE () MSD	

Posto: _____ Sexo: M () F () Idade: _____ Procedência: _____
Vem proveniente de outro hospital? Qual? _____

Admisso/Analisado: 14/15h. Paciente admitido aos 15h
de febre no 1º CRM. ① Demosinal, sintomático,
fúria e agitação. Apresenta agitação física.
Com distúrbio de consciência. ②
Prontidão Resposta
Framingham 1000mg
CORT- 1000mg

Dr. Christopher
Furness / Eni. Criv
CORIN - 0200

HORA	TAJ	PA	P	R	GLUCEMIA	DIURESE	DRENOS
12h							
18h							
24h							
08h							

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 () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA Prostectomia de mama esquerda 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 RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>—</u>		
NOME/MATRÍCULA	<u>João Manoel</u>		

ÍNDICE DE ALDRETT-KEE KROULIK

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL 10
 ASS [assinatura]

João Manoel de Paiva
 COREN-PA 37002-ENF

() SONDAS VESICAIS	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() JOVE	() COLOSTOMIA	SONDA: () NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
11:05 - P.O. pós-operatório, fratura maxila, ca. lva,
com dor, sonda de drenagem, respiração com
aparelho de O₂, sem necessidade de medicação.
Dr. Ronaldo José da Rocha
ENFERMEIRO
COREN-PA Nº 264.015

18:30h - Paciente está acordado, sem dor,
sem necessidade de medicação.
Dr. Ronaldo José da Rocha
ENFERMEIRO
COREN-PA Nº 264.015

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

ALTA SRPA 12:15 HORÁRIO

Dr. Laerte Gomes de Oliveira
 MÉDICO
 CRM-PA 4535
 ANESTESIOLOGISTA



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/05/2018

NOME DO PACIENTE: <u>Marcelo Davina 262 de</u>	PROFISSIONAL Nº: <u>495284</u>
DIAGNÓSTICO: <u>FRATURA DO OMBRO (2.º M.D.)</u>	CIRURGIA: <u>Fixação com placa de</u>
ANESTESIA: <u>Local</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Luizinho Bessa</u>	CPF Nº: <u>005589773-2</u>
AUXILIAR: <u>Residentes</u>	CRQ-488
ANESTESIA: <u>Dr. Loana</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Jeymy</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

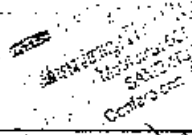
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	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	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	UNID.	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		-		Encofas		04	
CAT. GUT. CROMADO S/AG		-		Sonda uretral Nº 16		01	
MONONYL 5.0		01					
MONONYL 7.0		01					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA:			
VICRYL 3.0		02		CIRCULANTE: <u>Solomon marinho</u>			





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Maria Dirina Bez de Almeida</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura do Complexo Orbto Zigomático Maxilar (P) (E)</u>		
Operação - Tipo <u>Osteossíntese das Fraturas do Complexo OZM (P) (E)</u>		
Cirurgião <u>Dr. Leonardo Brito</u> 1º Assistente <u>Dr. Aissa (Pericuto)</u>		
2º Assistente <u>João Pereira</u>		3º Assistente <u>---</u>
Instrumentador(a) <u>Jenny</u>	Anestesiista <u>Dr. Leona</u>	Anestesia <u>Local</u>
Data da Operação <u>04-07-2018</u> Início <u>09:00</u> Fim <u>11:00</u>		
Diagnóstico Pós-operatório <u>Fraturas do Complexo Orbto Zigomático Maxilar Direto e Esquerdo</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<u>1) Autoclave @ 121°C + 15 min para esterilizar a pele. 2) Incisão supra-orbitária (E) 3) Incisão + drenagem intra-orbitária para acesso as fraturas do complexo zigomático Direto e Esquerdo 4) Redução + fixação 5) Osteossíntese com 07 parafusos de 1.5 e 18 milímetros 6) Suturas e Curativos</u>		
		





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

Assinado eletronicamente por:
EDNAN SOARES COUTINHO
CPF: 029.029.603-30
CRM 2353
Profissional Responsável

[Assinatura manuscrita]





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: **SUS**

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.
- TRAQUÉIA 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]





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: 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





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 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 - OSTEOSSINTESE 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 C12 na				
CID 10:				
Tratamento Realizado:				
Osteossíntese das fraturas do complexo órbita 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 Ovídio Azevedo, 350 - Centro - Porto-PI
CNPJ: 06.554.414/0001-49 - CEP: 64.185-000 - Fone: (86) 3243-1147



REGISTRO

SUS

708 0028 4847 5625

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME

Maria Dúrcia Vaz de Oliveira

DATA DE NASCIMENTO

09/03/66

PROFISSÃO

Ag. Saúde

CORP

SEXO

MAS

FEM

NATUR

M.S. do Remédio

TELEFONE

RG

764.913

FILIAÇÃO

PAI

MÃE

Francisco Vaz de Oliveira

Maria Gomes de Oliveira

ENDEREÇO

Avenida Manoel Teófilo

MUNICÍPIO

Porto

ESTADO

PI

CEP

64.145000

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ATENDIMENTO

30/04/18

HORA

09:40

PROFISSIONAL

João J.

PP - 100x60mmHg

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente vítima de acidente automobilístico, apresentando dor pelo corpo, principalmente no pescoço e membros inferiores.

Dysson de Moraes P. C. Ferra
Enfermeiro
COREN-PI 448.071

DIAGNÓSTICO



EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

TRATAMENTOS

Som Medica no momento, Fui transferido
para o hospital de Repouso na Catedral
de Bonito - PI.

Doutor de Honor P. C. Farias
Pessoa Entendida
COREN- 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:

Maria Rogéria 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
Otorrinolaringologista
Cirurgia 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 DEJUMA

VAZ DE OLIVEIRA

764913

RG/CPF: 34930477387

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

EDNAN SOARES COUTINHO
MÉDICO
CRM 9866
CPF 00217723390

CRM 9866 CPF 00217723390

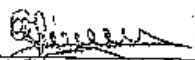
Rua David Caldas, 90/1ª And. • Fone/fax: (86) 3221-4402 / 3221-8636
End. AMB-PI • Caixa Postal 57 • Cep: 64000-190 • Teresina - Piauí
Email: ambpi1938@gmail.com • www.ambpiaui.org.br





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 764 913 558/PI

portador(a) do 5221 (autorizado pelo paciente) necessita de

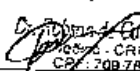
15 (quinze) dias de tratamento

e fatura da consulta

para ser provido por este Conselho

15/12/2018

Secretaria de Saúde de Piauí


Conselho Municipal
CRM-PI 2876
CPF: 709.783.873-68

Porto - PI

21/08/2018

CRM 2876 CPF 709783873-68

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: ambpi1938@gmail.com • www.ambpiaui.org.br

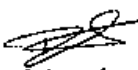
SELO 00000000 11 LIDER 000000 12-SET-2018 11:34 632393 1/1



Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Dt. Nasc: 08/03/1986 Idade: 52 anos Sexo: Feminino RG: 764913
CPF: 34930477387
Médico Solicitante: KAIO 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. Naso: 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

**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 espinal.

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.

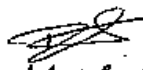
Canal raquiano com morfologia e diâmetros normais.

Ligamentos amarelos e recessos radiculares com aparência tomográfica preservada.

Forames neurais íntegros.

Articulações interfacetárias anômicas.

→ → → →


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 Divina 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. Nelson Augusto de Sá
Médico - Clínica de Saúde
C.R.O. 11.111/18

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 Dismina 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

[Assinatura]

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.



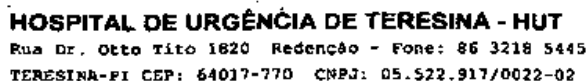
Alto



NOME DO PACIENTE: Marcia Ormaez 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".





475284

Internação:
213430

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 ENFERMEGEM
Admissão: 30/04/2018	G. Instituição: Médico 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:	Hora:	Data:	Hora:	
30/04/2018	13:25	08/05/2018	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 C.O.2 M				
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.

Data

~~Confidential - Security Information~~
~~Copyright © 1997 by the United States Government~~
~~U.S. GPO~~





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

Notas
Un. 6
SIS **SIS**

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
Responsável: ESMERALDA VAZ	CMS: 708002948475625	Fone: 86-98843-2676
Profissão: TEC DE ENFERMEAGEM	CPF: 708002948475625	
E. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Solteiro	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 662813	Data: 30/04/2018 23:39:30	Condição: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: -
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) lesão com fratura da articulação do ombro com deslocamento da EF clavícula
(B) MV @ AURA SICA, com pulmão e fígado (C) abdome insulso, sem entorpecimento, com
surgimento de dor (D) tórax - LS, normalidade observada no DM membro (E) ausência de equimose
perceptível de lesão a pele em face.

Dr. João Lustosa
Médico

CRM-PI 6638

PA: ☒ mmHg	Pulso: ☐	EC: ☐ bpm	CID: ☐
--	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Inicial TC de tórax e face
- R2 face

RAIO-X REALIZADO

DATA 30/04/2018

Técnico: R. S. Silva

ALTA:	() Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar a Unid. Origem: () Transferência:
DESTINO:	() Até 24 hs () De 24 a 48 hs () Após 48 hs	() Família () IML () Anat. Patol.	DATA SAÍDA: / / HORA:
OBITO:			() Internação na Unidade Proced. Solicitado: 0404.02.0526 S02.4 CID Compatível:

Dr. João Lustosa
Dr. Maria do Socorro
Dr. Maria do Socorro
CRO-PI 774





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
(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		
Nascimento: 09/03/1966	Idade: 52a:1m:21d	Sexo: Feminino
Responsável: ESMERALDA VAZ	CMS: 708002848475625	Fone: 86-98643-2676
Profissão: TEC DE ENFERMAGEM	Documento: RG: 764913 - PI	
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 662613	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: UCL CO:3L
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: - 2 Poltrona - 1 ELU 17 - 2	
sem distúrbio neurológico. Gera.	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
- 2 Don local - im/ontate	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /	
- 2 Avaliação de dor em aparelho axial	
TC crânio: sem lesão neurológica grave.	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / /	ESPECIALISTA: UCL Aval UCL
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: 10514	- ortopedia - ortopedia neuro
nova TC crânio em 12 horas.	
- neural qron	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /	
Pac. vítima acidente automobilístico, gravemente acidentado, com lesão em nível de dor, com lesão em nível de dor, com lesão em nível de dor.	
Indicação: intervenção para programação cirúrgica pelo ANS, após avaliação de Dr. Sérgio S. Maia	





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>MAURICIO DAZ DA SILVA</u>	Registro: <u>2026524</u>
Motivo do encaminhamento: <u>PERI ODONTOLÓGICO</u>	<u>PERI ODONTOLÓGICO</u>
Observações:	

<u>6/10/2020</u>	
Data: <u>30.04.18</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:	
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: Solteira(a)	Profissão: TEC DE ENFERMEAGEM
Internação		Alta		
Data 30/04/2018	Hora 13:25	Data 08/05/18	Hora 7:42	Permanência

Diagnósticos:	Cod. CID:
CID Principal: Furto de Complexo Órbita Transistitular Bilateral	
CID Secundário:	
CID Causa Morte:	

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):
Edema em membros inferiores, equimose periorbital.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:
Paciente segue em BGG, LOP, continuação de sinais de infecção, presença de sangramento ativo, necessitando hemodiálise.

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 ☒ Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
 () Óbito ☒ Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:
 Vaga cedida por: _____ Transporte: _____

Nome: _____
 Dr. Matias Araújo da Silva
 Cirurgião: Otorrinolaringologista
 CRM: 21772
 Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <i>Maria Divina Vaz de Oliveira</i>	PRONTUÁRIO <i>472584</i>
DA CLÍNICA <i>BUCOMAXILO</i>	LEITO
À CLÍNICA <i>CLÍNICA MÉDICA</i>	

MOTIVO DA CONSULTA

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

Dr. José Carlos A. Gomes Filho
Cirurgia Bucodentofacial
Implantodontia

DATA: *02/08/18*

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

*Dr. da cirurgia
cirurgia ortognatômica e
ortognatômica*

*Dr. da cirurgia
cirurgia ortognatômica e
ortognatômica*

*Dr. da cirurgia
cirurgia ortognatômica e
ortognatômica*



PRESCRIÇÃO
MÉDICA

ORTO OK!
CIR. GERARDO
Reor. Neurol



NOME DO PACIENTE Maria Oliveira de Oliveira INÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES Pré-existente de acidente automobilístico	PRONTUÁRIO 475284	D. NASCIMENTO 02/05/1962	CLÍNICA Orto	ENF. ou APT. OK	LEITO OK
ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE DR. ZENON ROCHA			
HORÁRIO 02		OBSERVAÇÕES EXAME: (Orto) DATA: 04.05.18, às 09h15.			
DATA: 30/04/18 HORA:		TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			
01. DIETA ZERO		02. 665: 1000ml, EV. 1x/dia			
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





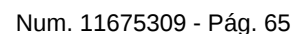
ÉDICO/CRM:

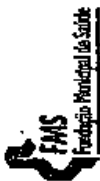
Mod: 007



(524)

ENGMINUWA AO C.C AS 08:00 h





IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

01	Medicamentos utilizados:
----	--------------------------

01	Medicamentos utilizados:	
02	Fatores Riscos: () Fumante () Elética () Drogas	
03	Alergias: ☒ não (sim, qual?)	
04	Doenças preexistentes? quais?	
05	Mobilidade: () presente () ausente ☒ com ajuda	
06	Acompanhante: ☒ sim (não)	
07	Nutrição: () não aceita () SUE ☒ zero () gastroclomia () VO	
08	Eliminações: () normais () Colostomia () ileostomia () Malaria	
09	() Enterorregia () Comorbidade () Idiarria. Qual foi a última evacuação? Quais: () Jeopandina () Anura () Hematúria () Polúria () Polaciúria () Disúria () Cistostomia () Retenção urinária () JSVA () JSVD	
10	Sono e Repouso: () Satisfatório () Insatisfatório Uso de medicação? Qual	
11	Faixa oparatória: () Necrótica () Infamada () Granulada () Epitelizada	
12	() Úmida e seca () Úmida () Úlcera de pressão	
13	Drenos: () Khar () penosa () sudor () Jónex	
14	Imobilização: () MIE () MID () MSE () MSD	

MONA	TAX	PA	P	R	QUICEMA	CHINESE	DRENOS
12h							
18h							
24h							
00h							

Enfermedades (a)





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 Oliveira 262 de prontuario	Nº DA SALA	09
DIAGNÓSTICO	FRATURA DO GOMBO OMO	CIRURGIA	Fract. com plaq. de
ANESTESIA	Local	Nº DA SALA	09
CIRURGIÃO	Dr. Luizinho B. de Sousa Brito Junior	CPF Nº	065.589.713-52
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 ESPARADIFOS	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	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		-		TDI. Nº 7.0 -		01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		-		Eletrodo -		05	
CAT. GUT. CROMADO C/AG		-		Ereovas		04	
CAT. GUT. CROMADO S/AG		-		Sonda uretral no 16		01	
MONONYL 5.0		01					
MONONYL 7.0		01					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA:			
VICRYL 3.0		02		CIRCULANTE: Salomon 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 <u>Maria Dirina Bez de Almeida</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura do Complexo Orbital Superior Maxilar (P) E E</u>		
Operação - Tipo <u>Osteossintese das Fraturas do Complexo O2M (P) E E</u>		
Cirurgião <u>Dr. Leonardo Brito Junior</u> 1º Assistente <u>Arissa (Pericirúrgico)</u>		
2º Assistente <u>João Pereira</u>		3º Assistente <u> //</u>
Instrumentador(a) <u>Jeymy</u>	Anestesiista <u>Dr. Lena</u>	Anestesia <u>Local</u>
Data da Operação <u>03-07-2018</u>		
Início <u>09:00</u>		Fim <u>11:00</u>
Diagnóstico Pós-operatório <u>Fraturas do Complexo Orbital Superior Maxilar Direto e Esquerdo</u>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

1) Autossutura 2) Sutura + dilação para acesso à região superior orbital (E) 3) Sutura + drenagem interna interna para acesso às fraturas do orbital superior Direto e Esquerdo 4) Produto + Sutura 5) Osteossintese com 07 parafusos de 1.5 e 18 parafusos 6) Sutura e Curativo





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: **08/03/1965** 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: **SUS**

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.
- HEMOSSINUS EM SEIOS MAXILARES, CÉLULAS ETMOIDAIS E SEIOS FRONTAIS.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES COM ENFISEMA NAS REGIÕES MAXILARES E ORBITÁRIAS.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 01/05/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Assinado eletronicamente por:
EDNAN SOARES COUTINHO
CPF: 020.902.094-71
CRM: 20947





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: **SUS**

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 AFETAR 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.

(RANDI SILVA)

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

10/01/2018

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: 335.028.603-30 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: <i>Fratura dos ossos maxilares e maxilares</i>				
Procedimento: <i>Osteossíntese de fratura do complexo</i>				
CID 10: <i>S024</i>				
Tratamento Realizado:				
<i>Osteossíntese das fraturas do complexo órbito zigomático maxilar direito e esquerdo</i>				
Exames Realizados:				
<i>T.C. de face</i>				

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

08.05/18

Data

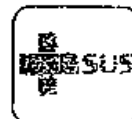
Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO
HOSPITAL DR. ROOSEVELT BASTOS
Avenida Otonio Arcoverde, 360 - Centro - Porto-PI
CNPJ: 06.554.414/0001-48 - CEP: 64.125-000 - Fone: (86) 3243-1147



REGISTRO

SUS 708 0028 48475625

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Maria Dórcia Vaz de Oliveira

DATA DE NASCIMENTO 09/03/66

PROFISSÃO: Enfermeira

COR: P

SEXO: MAS. FEM. ☒

END. MOR: R. S. do Remédios

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.

PD: 100x60 mmHg MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente vítima de acidente automobilístico, apresentando dor pelo corpo, semiparesia no membro inferior direito, inchado.

Disposto de Marcos P. C. F. Form
Enfermeiro
CRM: 14.468-01

DIAGNÓSTICO



EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

TRATAMENTOS

Sem Medica no momento, Foi transferido para o hospital de Referencia no Estado de Bona - PI.

Doutor de Honoris P. C. Figueira
Membro Externado
COREN-PI 445.071

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:

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 de Transparbiologia
Cirurgia Maxilo-Facial

THAIS CRISTINA ARAUJO MOREIRA
CRO 3005



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 10:47:35



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 TEOT 14675

CID M54

M54.4

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

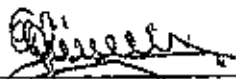
Fone: 86 3194-5100 / Fax: 86 3223-1935 - E-mail: admgeral@hsmaria.com.br





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

08859

ATESTADO MÉDICO

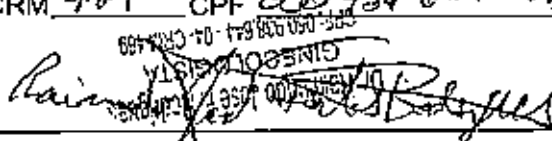
Atesto, para os devidos fins e a pedido do(a) interessado(a) que atendi

A senhora M^{te} Lúcia Vaz de Oliveira, quarenta e sete de
dois anos, com acidente sem relatório RGICPF 349364773-87 presente
portador RGID RO74 (autorizado pelo paciente) Necessidade de
09 dias para tratar seu acidente sem relatório RGICPF 349364773-87 presente
seu acidente sem relatório RGICPF 349364773-87 presente

Associação Médica Brasileira

11.06.2018

CRM 469 CPF 00934664-04



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.ambpieui.org.br





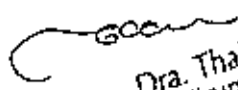
EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, que o(a) maria Divina
vaz de 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
Bucco-Maxilo-Facial
3005

Campus Universitário Ministro Petrônio
Portela, Teresina - PI CEP: 64049-550
CNPJ: Nº 15.126.437/0002-24

Superintendência de Comunicação Social - SCS
Impressão Gráfica Universitária da UFPI
(86)3228-5209 - SETOR 14



HOSPITAL
SANTAMARIA

HOSPITAL SANTA MARIA LTDA

CNPJ: 06.873.111/0001-99

Rua Governador Raimundo Arthur 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: 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 Gonçalves Brito
CRM 1531
Antonio Carlos Gonçalves Brito
CRM 1531
Rua 53 Leil / COE - 153
Fone: 3194-5100 / 3194-5101

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: 096.108.803-62 / 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.

Pediculos vertebrais, lâminas e articulações interfacetárias sem alterações significativas.

Partes moles paravertebrais de aspecto normal.

Continua...

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

Dr. Carlos Eduardo Viana Fernandes
CRM2900

Associação Reabilitar

Avenida Higino Cunha 1515 - Bairro Ilhotas
CEP: 64014-220 - Teresina - Piauí
Telefone / Fax: 3198-1500
CNPJ: 07.895.466/0001-13



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

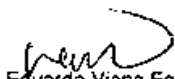
CLIENTE...:91816 MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
IDADE.....:52 anos
MÉDICO:THALISON DE S. COSTA
SEXO.....:

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

Associação Reabilitar

Avenida Higino Cunha 1515 - Bairro III
CEP: 64014-220 - Teresina - Piauí
Telefone / Fax: 3198-1500
CNPJ: 07.995.466/0001-13
E-mail: celr@ceir.org.br

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:

MÉDICO:ROBSON DE CARVALHO MIRANDA

DATA EXAME: 26/03/2019

SEXO.....:F

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 Nêva de Moura Santos Cordeiro
CRM4146

Associação Reabilitar

Avenida Higino Cunha 1515 - Bairro Ilhotas
CEP: 64014-220 - Teresina - Piauí
Telefone / Fax: 3198.1500
CNPJ: 07.995.466/0001-13



**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.....ROBSON DE CARVALHO MIRANDA

DATA EXAME: 26/03/2019

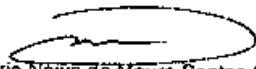
CONVÊNIO: SUS

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

Associação Reabilitar

Avenida Nílino Cunha 1515 - Bairro Ilhotas
CEP: 64014-220 - Teresina - Piauí
Telefone / Fax: 3198-1500
CNPJ: 07.995.120/0001-15

Emissão do Laudo: 20/06/2018 18:11

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: KAÍRO 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)

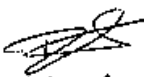
TÉCNICA:

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





Emissão do Laudo: 20/06/2018 18:11

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 16:44:36

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 RETROPULSAÇÃO 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, 816
Centro/Sul - Teresina - Piauí
Fone: 86 3194-5100 / Fax: 86 3223-1935
E-mail: admgeral@hsmaria.com.br



HOSPITAL
**SANTA
MARIA**

Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Dt. Nas: 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.


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
CRM 5497



1. O presente exame foi realizado em 02/09/2020, com o objetivo de avaliar a saúde bucal do paciente, com foco na saúde periodontal e na saúde dos tecidos moles. O exame foi realizado de acordo com o protocolo estabelecido pelo Conselho Brasileiro de Odontologia (CBO) e pelo Conselho Brasileiro de Endodontia (CBE).

1. OBJETIVO DA COLUNA CERVICAL (03 INC)

1.1. OBJETIVO

1.1.1. Avaliar a saúde periodontal e a saúde dos tecidos moles, com foco na saúde da coluna cervical. O exame foi realizado de acordo com o protocolo estabelecido pelo Conselho Brasileiro de Odontologia (CBO) e pelo Conselho Brasileiro de Endodontia (CBE).

1.2. CONCLUSÃO

1.2.1. O exame foi realizado de acordo com o protocolo estabelecido pelo Conselho Brasileiro de Odontologia (CBO) e pelo Conselho Brasileiro de Endodontia (CBE). O resultado do exame foi o seguinte:

2020 2020
Rua Gov. Raimundo Abranches, 618
Centro, 21 - Teresina - Piauí
Fone: 86 3184-8100 | Fax: 86 3253-1935
E-mail: atendimento@ramondacomp.br





Emissão do Laudo: 18/12/2018 08:30

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

Ednaldo Soares Coutinho
CRM 5691

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

Folha: 1

Outubro 2018





Emissão do Laudo: 22/05/2018 16:57

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 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:

Assinado por
Dra. Thais Cristina A. Moreira
CRO 2271



Rua Paissandu, 1862
Fone: (86) 3226.4242 / 3131.1234
Fax: (86) 3223.4826 - Teresina - Piauí
E-mail: odonto@medimagem.com.br

lha: 1





Emissão do Laudo: 22/05/2018 14:25

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 ETMOIDAIIS 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 Duarte
Ribeiro Duarte
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

Página: 1



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 17411 MA TEST 14675

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



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

NOME: Me Divina Luz de Divina IDADE: 52

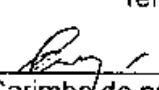
ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

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 ganglios que será no dia
15/02/13 (sexta-feira) com Dr.(a) Chais

2-OBSERVAÇÕES:

- 1-Trazer documentos (RG, CPF, cartão do SUS);
- 2-Trazer os resultados de todos os exames e pareceres caso tenha sido solicitado;
- 3-Trazer 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

Poliana 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 Vaz 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 (X) ORIENTADO () DESORIENTADO () TORPOROSO ()
RESPOSTA MOTORA: SEM DÉFICIT MOTOR (X) COM DÉFICIT MOTOR ()
RESPOSTA VERBAL FÁSICA (X) DISÁTRICO () AFÁSICO ()

2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA

Amoxicilina 500mg; Clorazepato 9,12% 3x ao dia; Isoniazida; Nifedipina 10mg

3. DISPOSITIVO EM USO

	SIM	NÃO
CURATIVO		
CATETER DE DUPLO LUMEN		X
SONDA VESICAL DE DEMORA		X
SONDA VESICAL DE ALÍVIO (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 local no local 3x ao dia. Continuar uso de sonda vesical de alívio. Continuar uso de medicação prescrita. Dieta líquida.

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.

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) CARIMBO

COREN 144317



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 Exeresse de placa e parafuso

4. EVOLUÇÃO

paciente segue consciente, orientada, eupneica afebril, normotensional, 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)

Dra. Thais Cristina A. Moreira
 Cirurgião Traumatologista

16/02/2019. 07:33 h.

Dr. THAIS CRISTINA ARAUJO MOREIRA CRO 3005



Hospital
Universitário

Sumário de Alta

Identificação

Maria Divina Vaz de Oliveira

Leito: 0008E

375788/7

MPMR_SUMARIO_ALTA

16/02/2019 07:44:45

1102110-48805.1

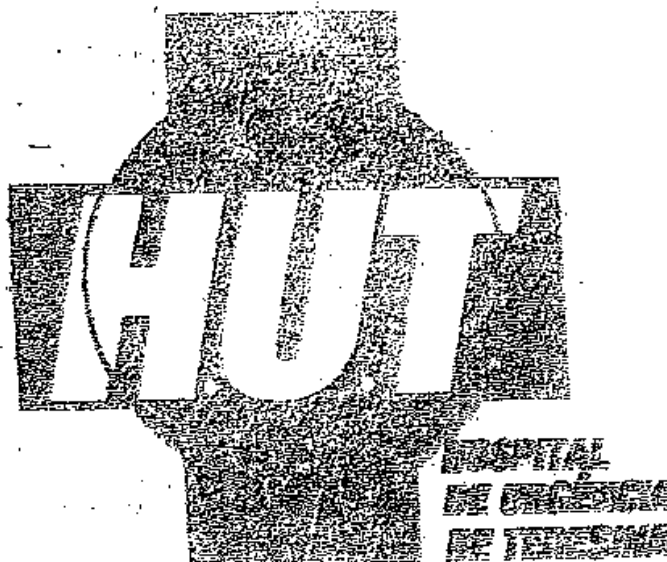
O Serviço de Saúde prestado por esta Instituição é gratuito, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:49:13
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209471466900000011055165>
 Número do documento: 20090209471466900000011055165

Num. 11675309 - Pág. 97

Alto



NOME DO PACIENTE: Maria Orina 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

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: 834245 Solicitação: 01/05/2018 Solicitante: FABIO 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.
- HEMOSSINUS EM SEIOS MAXILARES, CÉLULAS ETMOIDAIAS 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

Assinado eletronicamente por:
Ednan Soares Coutinho
CPF: 029.603.603-30
Centro 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

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 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:49:13

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209471466900000011055165>

Número do documento: 20090209471466900000011055165

Num. 11675309 - Pág. 100



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: 662613
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-mestal.

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
RUA MARGINAL TIETE - CENTRO - PORTO - PI
CEP: 64145-000
FONE: 86 3218 5445





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 ENFERMEIRAGEM
Admissão: 30/04/2018	G. Instrução: Médio Completo	Fone: 86-99843-2676	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			64145-000	
PORTO - PI				
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 com</i>				
CID 10:				
Tratamento Realizado:				
<i>Osteossíntese das fraturas do complexo órbito zigomático maxilar direito e esquerdo</i>				
Exames Realizados:				
<i>T.C. de FACE</i>				

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

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

- Nota 2005
- Un. 6 mil

SUS SUS

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	Sexo: Feminino Fone: 86-98843-2676
Responsável: ESMERALDA VAZ	CNS: 708002848475625	
Profissão: TEC DE ENFERMEGEM	CPF: 708002848475625	
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Solteiro	
End. Local: - - -		

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: -	
Acid. Trab.: Não	Trajetória: Não	Tipologia: Não
CID Secundário: V499		

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico há cerca de 16 h apresentando sinais de:
(A) VCU com fraturas em articulação torácica, sem anomalias de EF cardíaca
(B) MV com ADX SICK, com pulmões e fígado (C) Abdome doloroso, sem sinais de trauma, com sangramento ativo (D) fratura LS, com lesão de membros (E) Lesões de cabeça com hematomas bilaterais e 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
- R1 fígado

RAIO-X REALIZADO

DATA 30/04/2018

Técnico: Raphael

ALTA:	() Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem: () Transferência:
DESTINO:		DATA SAÍDA: / / HORA: :	
ÓBITO:	() Até 24 hs () De 24 a 48 hs () Após 48 hs	() Família () IML () Anat. Patol.	() Internação na Unidade
		Proced. Solicitado: 0404.02.0526	
		S02.4	
		CID Compatível:	

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE





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

Impr: 30/04/2018 23:43:23
[MARCELO RICARDO]

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA	Frontuário:	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 ENFERMEAGEM	Fone:	86-98843-2676
G. Instrução:	Médio Completo	CNS:	708002848475625
End. Local:	- - -	Documento:	RG: 764913 - PI
		E. Civil:	Solteiro(a)

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:	UCK 00:3h
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	-) Politrana -) 17 -)		
sem diágn? neurologico Gecan.			
Carimbo/Assinatura Solicitante			
DON Gecan impenhadi.			
DADOS DO PARECER:	Data/Hora:	/ /	
-) Afirmar de don em erguete axial			
TC crânio: sem lesão neurológica qnquer.			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	/ /	ESPECIALISTA:	UCK 00:3h
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	-) Politrana -) 17 -)		
logica. Nova TC crânio em 12 horas.			
- neural qnquer			
Carimbo/Assinatura Solicitante			
DADOS DO PARECER:	Data/Hora:	/ /	
Por vítima acidente automobilístico, apurados os fatos, a vítima sofreu lesão em nível cervical, com fratura da C6.			
Indicação: internação para prognose cirúrgica pelo BUC, após a liberação da outra especialidade.			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			





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

Hospital Regional
Leônidas Melo

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:	Para: HUB
Nome da pessoa encaminhada: ME JUVIA DAZ DE OLIVEIRA	Registro: PD 24524
Motivo do encaminhamento: PCT. HEMODIÁLISE (CÂMBIO DE PICO KUP SLO) OF. (HOMENAGEM) DEPT. OCEANO BIOMARIN	
Observações:	

Data: 30.04.18	
Resposta: [assinatura]	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: / /	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: 09.522.917/0022-02	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 ENFERMAGEM
Internação		Alta		Permanência
Data 30/04/2018	Hora 13:25	Data 08/05/18	Hora 7:42	

Diagnósticos:

CID Principal:	Fratura do Complexo Orto-Zigomaxilar inferior	Cod. CID:	
CID Secundário:			
CID Causa Morte:			

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

Coluna cervical lombar ⑥, equinose pericrural, fratura

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

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

MEDICAÇÕES:

Analgesicos, anti-inflamatório e antibiótico.

CIRURGIA: Data: 07/05/18 Tipo:

Osteossíntese de fratura COXA

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Acompanhamento ambulatorial

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: _____ Transporte: _____

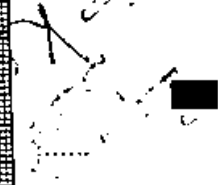
Nome: _____

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião: **Ortopedia e Traumatologia**
CRM: 21779

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



Marcia Dillina Paes de Oliveira
01/05/2018 SN



(





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Bluco ok
ORTO OK
CIR GERON
Reov. Neurol



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Maria Divina de Oliveira	475284		C. Jurel	OK	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS				
Pct retorno de acidente automobilístico	HORÁRIO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES				
DATA: 30/04/18 HORA:	KIT DR. ZENON ROCHA				
01. DIETA ZERO	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA				
02. 565x1000ml, EV. 14g/1mc	EXAME: 02/05/18				
03. Dipeptona 500g, 1 comp. AD EV 6/6h	DATA: 02/05/18, às 09h15				
04. Medicação Pct pelo médico	TECNOLOGIA				
05. SSUVF C6G6	OPT-052				
<i>Dr. Manoel Eustáquio</i> <i>Médico</i> <i>CRM-PI 6638</i> <i>C. Jurel 01/05/18 às 9:30h.</i> <i>Paciente vítima de acidente de</i> <i>carro W5 ± 24h. AEF: Trauma torácico</i> <i>antiguo subcutâneo. TC de tórax neu</i> <i>Alterações; Abdomine inscrite</i> <i>02. Alta do Genf.</i> <i>Sua cá de GERON no momento</i> <i>Ortopedia: Ruptura do ligamento</i> <i>Tórax (fratura (E))</i> <i>Fratura de fêmur, luxação</i> <i>quadril E.A.</i> <i>para ortopedias</i> <i>Dr. Manoel Eustáquio de Macedo Neto</i> <i>Ortopedista</i> <i>CRM-PI 5242</i>					

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

NOME DO PACIENTE <i>Maria Jovina Vaz de Oliveira</i>	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>Osteomielite maxilar + cza</i>	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE:			
DATA: <i>08/05/18</i> HORA: <i>7:42</i>	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
<i>ALTA</i> <i>HOSPITALAR</i>		<i>at. abs. Absp. com excêntrica</i>			
		<i>em. Pox. max. Ant. COBA 26/1/18</i>			

Dr. Moisés Araújo da Silva
Cirurgião Dentista Maxilo Facial
CRM 17.714

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



HUT
HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE JUNDIAÍ



Hospital
Universitário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME: Edna Soares Coutinho N. DO PRONTUÁRIO: _____
DATA: 16/02/2020 HORÁRIO: 08h CLÍNICA: POSTO 01 ENFLEITO: _____

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 FÁSICA (X) DISÁRTRICO () AFÁSICO ()

2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA

Insulina Glargina, 100 unidades/ml, 30 unidades, 1 vez ao dia, antes do jantar

3. DISPOSITIVO EM USO

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

4. ORIENTAÇÕES PARA A ALTA

Deixar o cateter de duplo lumen em casa, para uso de emergência, caso necessário, avisar o enfermeiro.

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

6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTO: 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 COMBO

CORIN 149312





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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

(52A)

NOME DO PACIENTE:	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA BMF	ENF. ou APT.	LEITO																																			
maria Nibiana Witz DE OLIVEIRA	475284	03/03/66		217	8640																																			
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE																																						
Fract. maxila + Gm	NEGA	Bucomaxilo																																						
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 02/05/18	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES																																						
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO		14.152. Paciente admitida em																																						
1) Dieta líquida-pastosa LÍQUIDA ou PASTOSA		PO3 de fratura de complexa																																						
2) Soro 5% 1000ml EV para 24h		C20 @																																						
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h		Dr. Edson Nogueira Cirurgião de Cabeça e Pes COREN - 88888																																						
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>QUANT</th><th>COMENT</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>36,5</td><td></td><td>55</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>24</td><td>36,7</td><td></td><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>06</td><td>36,8</td><td></td><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>				H	PA	T	P	R	QUANT	COMENT	12							18	36,5		55				24	36,7		60				06	36,8		70			
H	PA	T	P	R	QUANT	COMENT																																		
12																																								
18	36,5		55																																					
24	36,7		60																																					
06	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																																								
Edson Nogueira NUTRICIONISTA CRN: 3746																																								
Laurindo de Souza Brito Junior Cirurgião de Cabeça e Pes COREN - 88888																																								

terminar ao c.c às 08:00h



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Luiza Magda Oliveira Data: 1/1 Posto: Sexo: M () F () Idade: Procadência:
Enf 213 Leito: 160 pront: Município de origem: Vela proveniente de outro hospital? Qual?

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

01	Medicamentos utilizados:	<u>negro</u>
02	Fatores Riscos: () Fumante () Etílico () Drogas	
03	Alérgias: () não () sim, quais?	
04	Doenças preexistentes? quais?	<u>negro</u>
05	Mobilidade: () presente () ausente () com ajuda	
06	Acompanhante: () sim () não	
07	Nutrição: () não aceita () SNE () 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 SAE de fratura de CEM @, consciente, orientada, física, apenas apresenta edema facial. Em dieta zero. Diurese espontânea.

Dr. Gleison Ribeiro
Enfermeiro (a) C. O. 10004
COREN - 10004

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

Enfermeiro (a)



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Marina Divina Vaz de Oliveira IDADE 52 anos DATA 07/05/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 05 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA Prostoma de bexiga CIRURGIÃO Laurenço

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	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>for Viver</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	<u>2</u>	<u>2</u>
	Movimenta dois membros	1	<u>1</u>	<u>1</u>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<u>0</u>	<u>0</u>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<u>2</u>	<u>2</u>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	<u>1</u>	<u>1</u>
	Tem apnéia	0	<u>0</u>	<u>0</u>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<u>2</u>	<u>2</u>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	<u>1</u>	<u>1</u>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<u>0</u>	<u>0</u>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	<u>2</u>	<u>2</u>
	Desperta, se solicitado	1	<u>1</u>	<u>1</u>
	Não responde	0	<u>0</u>	<u>0</u>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<u>2</u>	<u>2</u>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	<u>1</u>	<u>1</u>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 80%, mesmo com suplemento de O ₂	0	<u>0</u>	<u>0</u>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>

TOTAL	<u>10</u>
ASS	<u>10</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DJVE	() Colostomia	Sonda: () NASOG () NABOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
11:05 - P.O. pós-operatório, fratura bexiga, cateter
conectado, bexiga com drenagem, sem
apresentar dor, sem febre, sem
alterações.
 Dr. Ronaldo José da Rocha
 ENFERMEIRO
 COREN-PI nº 264.016

13:30h - P.O. pós-operatório, fratura bexiga, cateter
conectado, bexiga com drenagem, sem
apresentar dor, sem febre, sem
alterações.
 Dr. Ronaldo José da Rocha
 ENFERMEIRO
 COREN-PI nº 264.016

15:30h - P.O. pós-operatório, fratura bexiga, cateter
conectado, bexiga com drenagem, sem
apresentar dor, sem febre, sem
alterações.
 Dr. Ronaldo José da Rocha
 ENFERMEIRO
 COREN-PI nº 264.016

PRESCRIÇÃO MÉDICA
 ALTA SRPA
 12:45
 Dr. Larissa Gomes de Almeida
 MÉDICA
 COREN-PI nº 335

ENCAMINHAMENTO: () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()
 POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () JORT () NEU DOR ()





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/05/2018

NOME DO PACIENTE	Marcos Davina 267 de 2018	PROFISSIONAL Nº	421284
DIAGNÓSTICO	FRATURA DO OMBRO	CIRURGIA	FRONT. OSTEOSINT. DE
ANESTESIA	Genel	Nº DA SALA	02
CIRURGIÃO	Dr. Louzindo Brito	CPF Nº	005589775-52
AUXILIAR	Residentes	CPF Nº	
ANESTESIA	Dr. Loana	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	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	OCORRÊNCIA		-	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		-		TD. Nº 7.0:		01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG		-		Eletrodo		05	
CAT. GUT. CROMADO C/AG		-		Ereolas		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





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Maria Dirina Vaz de Oliveira</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura do Complexo Orbtozigomático Maxilar (D) e (E)</u>		
Operação - Tipo <u>Osteossíntese das fraturas do Complexo OZM (D) e (E)</u>		
Cirurgião <u>Dr. Leonardo Soares Brito Junior</u> 1º Assistente <u>Dr. Lissa (Residente)</u>		
2º Assistente <u>João Alexandre</u> CRP-410		3º Assistente <u>---</u>
Instrumentador(a) <u>Jessy</u>	Anestesiista <u>Dr. Lena</u>	Anestesia <u>Local</u>
Data da Operação <u>07-07-2018</u> Início <u>09:00</u> Fim <u>11:00</u>		
Diagnóstico Pós-operatório <u>Fraturas do Complexo Orbtozigomático Maxilar Direto e Esquerdo</u>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

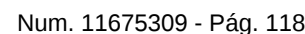
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Autopsia 2) Incisão + dissecção para acesso à região supra-orbitária (E) 3) Incisão + descolamento da pele para acesso às fraturas do complexo zigomático Direto e Esquerdo 4) Redução + fixação 5) Osteossíntese com 07 parafusos de 1.5 e 18 parafusos 6) Suturas 7) Curativos

Dr. Leonardo Soares Brito Junior
Cirurgião e Transmissão de Exames Patológicos
CRP-410

Mod. 76.HUT



MOD 76 - HUT

MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

NOME

325788 / 7

Nº do prontuário

08

Enfermaria

€

Leito

TEMPO DE PERMANÊNCIA MÉDIA:

1 dia

174931



Hospital
Universitário

EBSERH

Ministério da
Educação

BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA



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 23/06/2016	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. Tereziina <i>Maria Divina Vaz de Oliveira</i> () () () () Paciente Pai Mãe Representante Legal				
Hospital Universitario - Ufpi Boletim de Identificação de Paciente				

ATPR_BOLETIM_IDEN

14/02/19 13:47

Página: 1/1



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
Cidade: PORTO
Data Nasc.: 09/03/1966 Idade: 52 Sexo: F
Profissão:
Naturalidade: NOSSA SENHORA DOS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Cartão SUS: 708002848475625
Telefone: 86 988225083
UF: PI Cep: 64.145-000
Cor: M Est. Civil: S
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
Caráter 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, normosfigmica, normotensa, sem queixas álgicas 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.		
Dr. THAIS CRISTINA ARAUJO MOREIRA CRO 3005		

Identificação	
Maria Divina Vaz de Oliveira	
Leito: 0008E	375788/7
Sumário de Alta	

O Serviço de Saúde prestado por esta instituição é gratuito, v. c. no Sistema Único de Saúde (SUS).



Corr. av. Universitária 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:		ALERGIAS:	NENH
H.D.A:		PROCEDENCIA:			

Paciente com histórico de fratura do COEM b. fechada
 tendo realizado osteossíntese com placas e parafusos, evolui
 com exposição do material de fixação.

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

Geral		1
FC:	T:	2
FR:	SpO2:	3
FR:		
P.A:		

Neurológico	
Glasgow:	15
Pupilas:	Isocóricas

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

Gastrointestinal





Hospital
Universitário

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPI
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME:	Marta Vinícius de Oliveira		
DATA DA ADMISSÃO:	14/02/19	CLÍNICA/ENF/LEITO:	Bucmax
DATA DE NASCIMENTO:	09/03/66	IDADE:	52
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO:		SEXO:	F
PROCEDÊNCIA:	Casa	ESTADO CIVIL:	Solteira
ESCOLARIDADE:		RESIDÊNCIA:	Prato
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	Retirada de placa		

2. MOTIVO DA INTERNAÇÃO/QUEIXAS PRINCIPAIS:

2.1. SINAIS VITAIS: P.A. 103x67x55 P 12 GLIC: R PESO: 43,6 ALTURA: 1,58
IMC: 17,9

2.2. ESCALA da DOR (1 a 10): 9,5 [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:
ANTECEDENTES PESSOAIS:	() Doenças Crônicas:
() Tratamentos Anteriores/Cirurgias:	Retirada de zigomatos, infraorbital
() Medicamentos em Uso:	Não
() ALERGIA:	Não
PRÓTESES:	() Não (X) Sim
Possui CARTÃO DE VACINA:	() Não (X) Sim
HABITOS:	(X) Tabagismo () Etilismo () Outras Drogas, Qual?
EXAMES ANEXOS:	

4. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS:

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

5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS E SOCIAIS:

PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE RELIGIOSA/ESPIRITUAL:	() Não () Sim, Qual?
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
INTEGRAÇÃO COM A FAMÍLIA:	() não () sim
LAZER:	() Não () Sim, Qual?



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 () Lagrimal () Exoftalmia () Enoftalmia () Amaurose	
ALTERAÇÃO VISUAL: () Sim (X) Não ALTERAÇÃO AUDITIVA: () Sim (X) Não	
MUCOSA DA CONJUNTIVA: (X) Corada () Hipocorada () Ictérica () Hiperemiada () Hemorragia Conjuntiva	
CÓRNEA: () Catarata () Pterígio ESCLERÓTICA: (X) Branca () Ictérica () Hiperemiada	
BOCA: () Halitose () Edema Lábil () lesões () língua Saburrosa () Glossite () Monilíase () outros	
AMÍGDALAS: () Hiperemiadas () 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) Fásico () Afásico () Disfásico () Outros	
PUPILAS: (X) Isocóricas () Anisocóricas () Reativas () Arreativas () Mióticas () Midríaticas	
ESCALA DE GLASGOW: Outros ACHADOS:	

7. SISTEMA RESPIRATÓRIO:

EXPANSIBILIDADE: (X) Simétrica () Assimétrica () Uso de musculatura acessória () Tiragem () Frêmito Toracovocal	
PERCUSSÃO: (X) Claro Pulmonar () Maciço () Timpânico () 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: (X) Normotenso () Hipotenso () Hipertenso () Edema MMII () Anasarca	
PERFUSÃO PERIFÉRICA: (X) Normal () Diminuída	
PALPAÇÃO: () Íctus Cordis () levantamento sistólico () Pulsações epigástricas () Frêmito	
AUSCULTA: () 1ª Bulha () 2ª Bulha () Sopro	

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL:

PERCUSSÃO: (X) Timpânico () 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 () Dispareunia () 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 Sistólica; DM: Diabetes Mellitus; AVI-H: Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico; AVE-I: Acidente Vascular Encefálico Isquêmico.

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

[Assinatura]

[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 14/02/2019 16:13 h. a 15/02/2019 14:00 h.

DIETA		Aprazamento
1.	Branda 14/02/19 obs.: ZERAR DIETA A PARTIR DAS 22 HORAS DO DIA	

CUIDADOS		Aprazamento
2.	Acesso venoso salinizado, contínuo	I= T=

MEDICAMENTOS		
POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
3. DAPIRONA 2 ML INJET 500 mg/mL	Administrar 500 mg, EV, de 6/6 horas. Diluir em 10 ml de CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML 9 mg/mL; Se Necessário; obs.: Caso de dor.	
4. 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	
5. METOCLOPRAMIDA 2 ML INJET 5 mg/mL	Administrar 10 mg, EV, de 8/8 horas. Diluir em 10 ml de ÁGUA DESTILADA 10 ML; Se Necessário; obs.: CASO DE NAUSEA E VOMITO	

14/02/2019, 16:26h.

Drª. THAIS CRISTINA ARAUJO MOREIRA CRO: 3005

Dr. Sérgio Estanislau
Clínica de Traumatologia
Surcomunitária
CRO 3005

PRESCRIÇÃO**Identificação**
MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Leito: 0008E

375788/7

MPRM_RMP_PRCR

14/02/2019 16:28:31

N 310150



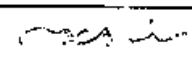
PRESCRIÇÃO

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 ARAUJO MOREIRA 15/02/2019 09:10h.	Dra. Thais Cristina A. Moreira Cirurgião e Traumatologista 3005 CRO: 3005
--	--

PRESCRIÇÃO	Identificação MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA Leito: 0008E
375788/7	

MARIA_DIV_PRCR 15/02/2019 09:10:47 N. 31E 25



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.

En^{re} JOSILENE DE CARVALHO MIRANDA COREN: 148309**PRESCRIÇÃO DO PACIENTE -
ENFERMAGEM**

14/02/2019, 17:28:34

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 14:09 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 operatório		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.

En^{re} MARIA DE FATIMA MARTINS PINHO DE BRITO
COREN: 121107

**PRESCRIÇÃO DO PACIENTE -
ENFERMAGEM**

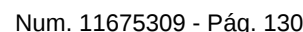
MARIA, DIVINA VAZ DE OLIVEIRA
Unidade: POSTO 1 CLÍNICA CIRÚRGICA

Leitor: 0008E

375788



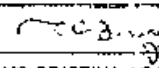
Miracema de São João e Castro
Município de
Empresa Brasileira de Serviços
Hospitais - EBSERH/ENAH Miracema
SIAPE: 2050373



16.02.19 de 10:14h - Paciente jovem, consciente, orientada, eugnoica, aférrica, normofórica, normotensa, ambulando, aceto limpa distal, sem queixas atuais no momento. FO sem sinais flogísticos, edema compatível com o procedimento. Exat. com alta magistral.

Dr. Sérgio Eberson S. Melo
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentária
CRO-RJ 4252



Descrição Cirúrgica		
folha 1/1	Unidade: BLOCO CIRURGICO	Data cirurgia: 15/02/2019
1. IDENTIFICAÇÃO		
Nome: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA	Sexo: Feminino	Prontuário: 0375788/7
Idade: 52 anos 10 meses		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 decubito 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 Cirurgia e Traumatologia BUCO-MAXILO-FACIAL CRO 3005	

Descrição Cirúrgica	Identificação MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA Leito: 0008E 0375788/7
----------------------------	--

MOCR_DESCR_CIRURGICA 15/02/2019 07:58:08 163721





Hospital
Universitário

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

Data: 01/02/2020

Paciente: Luciana Divina Vaz de Oliveira Prontuário: _____
Cirurgião: Thiago Diagnóstico: _____
Procedimento: Remoção de Polipo e Biópsia 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: Art. 20 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 Neurocixo: _____ () Peridural Cateter: () Sim () Não
() Subaracnóideo Posição: () Sentado () Decúbito Lateral
Posição: () Sentado () Decúbito Lateral Punção: () Mediana () Paramediana
Punção: () Mediana () Paramediana 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 100 mg
() Venosa Total () Inalatória () Balanceada () Indução por Propofol
Intubação: () Sim () Não () IOT Prévia () Propofol () Propofol
() Oral () Nasal Sonda: 3.0 () com cuff () Propofol
() Aramado () Brônquico () Propofol
() Cricotireotomia () Traqueostomia () Acordado Manutenção: _____
Recursos: _____
() Laringoscopia direta () Bougie
() Guia Rígido () McCoy
() Estilete luminoso () Videolaringoscópio
() Fibroscópio () _____
() Fácil () Difícil Tentativas: 01 Cormack: 0
Dispositivos Supraglóticos: _____
() Máscara Laringea () Tubo laríngeo () Circular () Semi-aberto () Absorvedor de CO₂

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:49:13
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209471466900000011055165>
 Número do documento: 20090209471466900000011055165

Índice para avaliação dos pacientes no período anestésico - cirúrgico imediato												
Horário	DE 15 EM 15 MINUTOS											
Saturação (O ₂) (0-2)	100% - 95% 94% - 90% Menor 90%	2 1 0										
Frequência Cardíaca (0-2)	Entre 90-100 bat./min Entre 50-45 ou 120-91 bat./min. Menor que 45 ou maior que 120 bpm	2 1 0										
Pressão arterial diastólica (0-2)	Menor que 60 ou maior que 95 mmHg Entre 40 e 60 ou 95 e 120 mmHg Menor que 40 ou maior que 125 mmHg	2 1 0										
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										
Ritmo cardíaco (0-2)	Sinusal Arritmias atriais Arritmias ventriculares	2 1 0										
Dor Escala numérica (0-4) Verbal	Zero (0) - Sem Dor Um a dois (1-2) - Fraca Quatro a seis (4-6) - Moderada Sete a nove (7-9) - Intensa Dez (10) - Insuportável	4 3 2 1 0										
Consciência (0-2)	Desperto totalmente Responde a estímulos auditivos Não responde a estímulos auditivos e/ou táteis	2 1 0										
Comportamento (0-2)	Calmo Agitado Agressivo ou apático	2 1 0										
Náuseas e/ou vômito (0-2)	Náuseas e vômitos presentes Apenas náuseas presentes Náuseas e vômitos presentes	2 1 0										
Atividade motora sob comando (0-2)	Capacidade de movimentar 4 membros Capacidade de movimentar 2 membros Incapacidade de movimentar todos membros	2 1 0										
Incisão cirúrgica (Curativo) (0-2)	Limpo Parcialmente embebido de sangue Totalmente embebido de sangue	2 1 0										
Diurese	Presente ou ausente Presente com manobras Retenção urinária	2 1 0										
TOTAL DE PONTOS												

Nota: Valor mínimo para alta é 24 pontos. Enquanto um item em negrito estiver presente, a alta não poderá ser liberada.

Data: 05/02/2020

ALTA ANESTESISTA:

ALTA ENFERMEIRO (A):

Encaminhado: () RX () Enfermagem () UTI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:49:13

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209471466900000011055165

Número do documento: 20090209471466900000011055165



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

DATA: 15/12/1989 Posto: _____ Enfermeira: _____ Leito: _____

[illegible]



Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPOS UNIVERSITÁRIO PETRÔNIO PORTELA S/N BAIRRO ENGRA
(CEP: 64049-590 - TERESINA-PI)

RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DAS CAIXAS CIRÚRGICAS

PACIENTE: Maria Nereida Táv de Oliveira

PRONTUÁRIO: 313.788/7

DATA DA CIRURGIA: 15/04/19

CIRURGIÃO: Dr. Chaves

CIRCULANTE: Enxofre SALA: 1

CIRURGIA REALIZADA: Exatose de mama e Pancreas

INTEGRADOR QUÍMICO

RÓTULO DA CME - PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO

Método: Vapor saturado
Esterilização: 13/04/19
Indicador Químico Interno: 1
Preparado por (UPME): Enxofre

Método: Vapor saturado T 134
Esterilização: 13/04/19
Indicador Químico Interno: 1
Preparado por (UPME): Enxofre

Método: Vapor saturado T 134
Esterilização: 14/04/19
Indicador Químico Interno: (X) Sim () Não
Preparado por (UPME): Enxofre

PACIENTE: <i>Ednan Soares Coutinho</i>				REQUISICÃO DE MEDICAMENTOS			
ORTOPÉDICA:				ANESTESIA: RAQUI + GERAL	CIRURGIÃO: <i>Dr. Ednan Soares Coutinho</i>	SALA: <i>01</i>	DATA: <i>02/09/2020</i>
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	1
14664	DIAZEPAM 5 mg/mL	01		13250	EFEDRINA 50 mg/mL	02	1
154431	DROPERIDOL 2,5 mg/mL - 1 mL	01		288989	ETILEFRINA 10MG/ML - 10 ETAVEL	02	1
285156	ETOMIDATO 2mg/mL	01		15180	FUROSEMIDA 10mg/mL	01	1
290647	FENTANILA 50 mcg/mL - 2 mL (RAQUI)	01		15482	HIDROCORTISONA 500 mg Fr. Amp.	01	1
290364	FENTANILA 50 mcg/mL - 10 mL	01		290587	LEVOPUPIVACAINA 0,5% C/EPINEFRINA 20ML	01	1
17272	MIDAZOLAM AMP. 5 mg/mL - 3 mL	01		290324	LEVOPUPIVACAINA 0,5% S/VASO 20 ML	02	1
262463	MORFINA 0,2 mg/mL - (RAQUI)	01		218456	LIDOCAINA 2% SEM VASO 5 mL	01	1
401092	PARECOXIBE 40MG PÓ INJ	01		16330	LIDOCAINA 2% + EPINEFRINA 20 ML FR/AMP	01	1
138983	PROPOFOL 10 mg/mL - 20 mL	02		401365	METARAMINOL 10 mg mL	01	1
268798	REMIFENTANILA 2mg	01		16101	METOCLOPRAMIDA 1 mg/mL	01	1
275924	SEVOFLURANO FRASCO 100 ML	01		17345	NEOSTIGMINA 0,5 mg/mL - Amp. 1mL	04	1
290339	SUFENTANILA 5 mcg/mL - 2ML ESPINHAL	01		201790	OMEPRAZOL 40 mg	01	1
290344	TRAMADOL 50mg/mL - 2mL	01		144495	RANITIDINA 50 mg - Amp. 2 mL	01	1
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	DEXMEDETOMEDINA 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		
14075	CEFALOTINA 1G FRA	02		220680	MORFINA 10 MG/ML AMP 1ML		
400190	CISATACURIO BESILATO 2MG/ML	01		189910	MORFINA 1MG/ML AMP 2ML ESTÉRIL		
271412	CLONIDINA 150 MCG/ML AMPOLA	01		119246	NALOXONA 0,4 mg		
401039	CLORETO DE SUXAMETÔNIO 100 mg	01		290356	ONDANSETRONA 8MG/4ML		
290988	CETOPROFENO IV 100MG PÓ LÍOFILO	01		290341	SUFENTANILA CITRATO 50 MCG/ML COM 1 ML		

14575 DEXAMETASONA 10 mg/mL 2,5 mL 01

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

REQUISIÇÃO 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 25G P/ANESTESIA RAQUIDIANA	01			SERINGAS 1 mL	01	
	AGULHA 25G 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	1		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 / UFI SETOR: CENTRO CIRÚRGICO	DATA: 15/02/2020
---------------------------	--	------------------

PACIENTE: <u>Marcia Divina Vaz da Oliveira</u> PRONTUÁRIO: <u>3757-957</u> ORIGEM/LEITO: <u>3-E</u> DATA: <u>15/02/2020</u>		
PROCEDIMENTO AUTORIZADO: <u>Exercício de placa e Pansyctin</u> () ELETIVO () URGÊNCIA () EMERGÊNCIA PRECAUÇÃO: () NÃO () SIM () CONTATO () GOTÍCULA () AEROSSÓIS		
Chegada antes da indução anestésica Identificação (CHECK-IN)	Chegada antes da incisão cirúrgica Confirmações (TIME-OUT)	Chegada antes do paciente sair da sala de cirurgia Registros (CHECK-OUT)
CHEGADA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO: <u>08:05</u> 1. () Pulseira de identificação. Paciente/Responsável confirma: 2. () Nome completo 3. () Procedimento programado 4. () Jejum preconizado - Tempo: <u>04</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>2020</u> Enfermeiro/Téc. em Enfermagem: <u>EDNAN SOARES COUTINHO</u> COREN: <u>0255126-7</u>	HORÁRIO DE ENTRADA NA SALA NY: <u>08:26</u> Cirurgião, anestesiológico e enfermagem confirmam verbalmente: 25. () Identificação do paciente, procedimento programado e sala cirúrgica. 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>0</u> Incisão cirúrgica: <u>4</u> Garrote pneumático: III Início do garroteamento: Término do garroteamento: 28. () Tricotomia: ☐ Não se aplica 29. () Colúria antimicrobiana realizada nos últimos 60 minutos? ☐ Não se aplica 30. Degermação: () PVPI () Clorexidina Antissepsia: () PVPI () Clorexidina	HORÁRIO DO TÉRMINO DA CIRURGIA: <u>08:48</u> 31. Confirmação verbal com equipe cirúrgica. Procedimento realizado: <u>Exercício de placa e Pansyctin</u> 32. () Contagem de compressas corretas: Entregues: <u>04</u> Recolhidas: <u>04</u> 33. () Contagem de gases corretas: Entregues: <u>04</u> Recolhidas: <u>04</u> 34. () Contagem dos instrumentais cirúrgicos corretas: Entregues: <u>08</u> Recolhidas: <u>08</u> 35. () Contagem de perfurocortantes corretas: Entregues: <u>03</u> Recolhidas: <u>03</u> 36. () Congelamento: ☐ Sim ☒ Não se aplica 37. () Peças cirúrgicas/amostra(s) para anatomia patológica: ☒ Não se aplica ☐ Sim e identificação correta de peças Quantidade de peça(s)/amostra(s): Especificação da(s) peça(s) cirúrgica(s)/amostra(s): 38. () Verificado se há problema com equipamentos para ser resolvido <u>Problemas com controle de insulina</u> <u>insulina liberada e resolvida</u> 39. O cirurgião, o anestesiológico e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo deste paciente <u>Resolvidas. Sem mais preocupações</u>
CONFIRMAR ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA: 12. () Dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário) 13. () Montagem da SO de acordo com o procedimento agendado 14. () Monitor multiparamétrico, mesa cirúrgica, foco e demais equipamentos necessários funcionando 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 () CRI () TS () Não se aplica 22. () OPMEs solicitados disponíveis: ☐ Não se aplica 23. () Vaga de UTI: ☒ Não se aplica 24. () Lateralidade demarcada: ☐ Não se aplica	HORÁRIO DE INÍCIO DA CIRURGIA: <u>09:30</u>	

Cirurgião: Dr. Ednan Soares Coutinho
 Cirurgia e Traumatologia
 Bico-Mazilo-Facial
 3005

Axiliar

Instrumentador

Circulante

Anestesiologista

Enfermeiro





Hospital
Universitário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

CHECK-LIST PRÉ-OPERATÓRIO - UNIDADES DE INTERNAÇÃO



NOME: Renata Divina Viegas de Oliveira PRONTUÁRIO: 34.515.12
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 darem-se providências ou justificar NÃO sinalização no prontuário para poder assim encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico.

Clebson Ferreira de Lima

Enfermeiro
CONEP/PL 055.227

Assinatura e carimbo do enfermeiro (a) responsável

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



Paciente: Renata Maria Mendes de Data de nascimento: 09/07/66 Prontuário: 72017 Enf. / Leito: 08
Unidade Assistencial: _____ Especialidade: Neurologia Mês: fev. 2010

ESCALA DE BRADEN

[illegible]

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
----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---



CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE - FUGULIN

Estado Mental			
Orientado			
Períodos de desorientação			
Períodos de inconsciência			
Inconsciente			
Oxigenação			
Não depende de O ₂			
Uso interm. de O ₂			
Uso contínuo de O ₂			
Ventilação mecânica/BIPAP			
Sinais Vitais			
Controle de rotina			
Controle 6/6 hs			
Controle 4/4 hs			
Controle ≤ 2 hs			
Deambulação			
Anda frequentemente			
Anda com auxílio			
Locomoção cadeira de rodas			
Restrito ao leito/acamado			
Mobilidade			
Movimentação completa			
Limitação movimentos			
Movimentação c/ auxílio			
Incapaz de movimentar-se			
Alimentação			
Auto suficiente			
V.O. com auxílio			
SNG/SNE			
NPP/NPC			
Cuidado Corporal			
Auto suficiente			
Auxílio banho + Hig. oral			
Banho em cadeira de rodas			
Banho no leito			
Integridade da Pele			
Integra			
A alteração na cor da pele			
Incição cirúrgica			
Perda estágio IV			
Curativo			
Sem curativo			
Curativo 1x dia			
Curativo 2x dia			
Curativo ≥ 3x dia			
Tempo de Curativo			
Sem curativo			
Entre 5 a 15 minutos			
Entre 15 e 30 minutos			
Superior a 30 minutos			
Eliminações			
Auto suficiente			
Vaso sanitário com auxílio			
Uso comadre ou elim. leito			
SVD			
Terapêutica			
V.O. ou I.M.			
I.V. intermitente (saliniz.)			
I.V. contínuo + SNG/SNE			
Uso de drogas vasoativas			
TOTAL CLASSIFICAÇÃO			
CM Mínimo: 12 a 17		CI Intermediário: 18 a 22	
AD Alta depend.: 23 a 28		SI Semi-intensivo: 29 a 34	
I Intensivo: ≥ 34			



FIO CIRÚRGICOS PADRÃO							
AGHU	MATER. AL.	QTD	CONS	AGHU	MATER. AL.	QTD	CONS
	FIO ALGODÃO 2-0 SEM A. JULHA	02			FIO NYLON 2-0	02	
	FIO ALGODÃO 3-0 SEM A. JULHA	02			FIO NYLON 3-0	02	
	FIO ALGODÃO 2-0 COM A. JULHA	02			FIO NYLON 4-0	02	
	FIO ALGODÃO 3-0 COM A. JULHA	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			LÂMINA BISTURI Nº 11	02	
	MICROPORE	01			LÂMINA BISTURI Nº 15	02	
	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	
	BISTURIS				LUVA Nº 7.0	06	
	BISTURI Nº 11	02			LUVA Nº 7.5	06	
	BISTURI Nº 23	02			LUVAS Nº 8.0	04	
	BISTURI Nº 24	02			LUVAS Nº 8.5	02	

FIO CIRÚRGICOS ESPECÍFICO							
AGHU	MATERIAL	QTD	CONS	AGHU	MATERIAL	QTD	CONS
	FIO POLIÉSTER 2	2					

REQUISIÇÃO DE MATERIAL — GERAL CIRURGIA							
	FIO POLIÉSTER 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 / UEPH
SETOR: CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANOTAÇÕES:

1. O paciente foi submetido a cirurgia de emergência, sendo realizado o procedimento de laparoscopia para remoção de tumor no intestino delgado. A cirurgia foi realizada sem complicações e o paciente está em recuperação pós-operatória.

REGISTROS DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE: LOCAL: QUADRA 1

Horário: 08:08 POR de: Enfermeiro(a) - R. 123456789

Curativo conclusivo em:

SSVV: Taxa 68 C*, Pa 68 bpm; Rn 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

☐ Cateter Venoso Central Local: 1

☐ Cateter Venoso Periférico Local: MS6

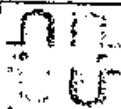
☐ PAI Local: 1

OUTROS

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

Enfermeiro/Técnico em enfermagem: Enfermeiro(a) - R. 123456789 COREN: 392.033-1





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	ENFERMARIAGEM ENFERMARIAGEM	CAGE 52 8-01
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 garante 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	DATA DA SOLICITAÇÃO 06/02/2019
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE THAIS CRISTINA ARAUJO MOREIRA	Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 82798052300

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, ____ de ____ de ____ 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 <i>Thais Araújo</i>	CRM DO MÉDICO 3005
---------------------------------------	-----------------------

Thais
Assinatura do Médico

Dra. Thais Cristina A. Moreira
Cirurgia e Traumatologia
Buco-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
---------------------------------	---------------------------------

1ª via: Hospital (no prontuário) / 2ª via: Paciente

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - Campus Universitário Ministro Petrólio Portella Bairro Min. a Teresina - PI - CEP: 64.049-56 - Fone: (085) 3226-5268/3226-4310



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
Campus Ministro Petrônio Portella, 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)

Marina Oliveira dos Santos
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: _____

Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____ Idade: _____

☐ Paciente

☐ Responsável ou Representante Legal

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

PACIENTE:

Nome: _____

Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____ Idade: _____

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 anestesiológico todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, sem omitir 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 anestesiológico.
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 _____

Ednan Soares Coutinho
Paciente

Responsável / Testemunha

Médico





Nº do PRONTUÁRIO: 3752 887

Data 14/02/19

PROTOCOLO FONAUDIOLÓGICO DE TRIAGEM À BEIRA DO LEITO
DISFAGIA - ADULTOS

IDENTIFICAÇÃO			
Nome:	MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA		
Idade:	52	Sexo:	(X) F () M
Sector:	POSTO 1	Data de Nascimento:	9/3/66
		Leito:	8C
ESPECIALIDADE			
() Neurologia	() Gastro	() Clínica Médica	() Cardiologia
() Vascular	() Onco-hematologia	() Pneumologia	() Nefrologia
() Endócrino	(X) Outra	ODONTO	
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/força respiratória () 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 SOP		
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 na 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 10260/P		



Ficha de Solicitação de Antimicrobiano

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/espaco ☐ 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 ☐ Mudança de esquema		☐ Renovação da solicitação ☐ Alteração de Posologia			Autorização		Alteração		Dose	Intervalo	Via	Data
Antimicrobiano	Dose	Intervalo	Via	Q/As	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não				
Amoxiclavina	3g	8/12h	VO	12	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não				
Justificativa do médico					Justificativa / Sugestão da CCIH							
Amoxiclavina 3g VO 8/12h 12 doses/dia - 7 dias de tratamento.												
Assinatura/carimbo do prescrito <i>Dr. Cristina A. Moreira</i> <i>Clínica e Traumatologia</i> <i>Unifesp - Hs. São Paulo - 3005</i>					Assinatura/carimbo da CCIH					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: Ednan Soares Coutinho N: DO PRONTUÁRIO: _____
DATA: 02/09/2020 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 () X
RESPOSTA VERBAL FÁSICA () DISÁRTRICO () AFÁSICO ()

2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA

Insulina 50mg, Bimastina 0,125 mg, Soro de 250ml, Tetracina 100mg, Nimesulida 100mg

3. DISPOSITIVO EM USO

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

4. ORIENTAÇÕES PARA A ALTA

Retornar ao trabalho em 15 dias, com acompanhamento da esposa, 24h de observação

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 AUMENTA-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;

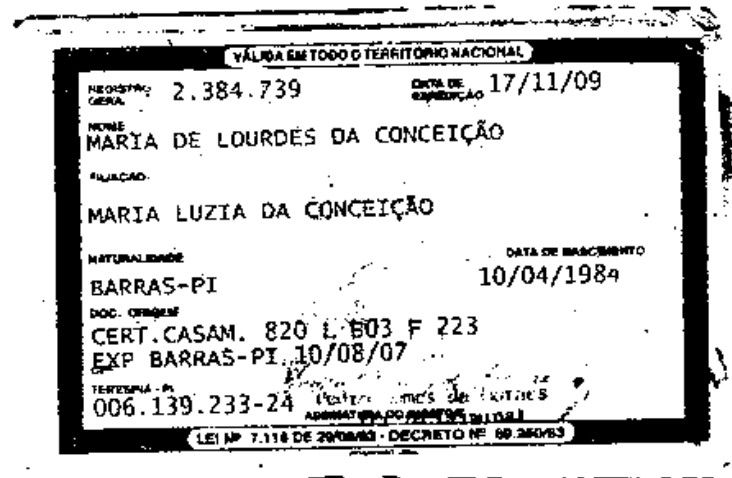
GRAU IV

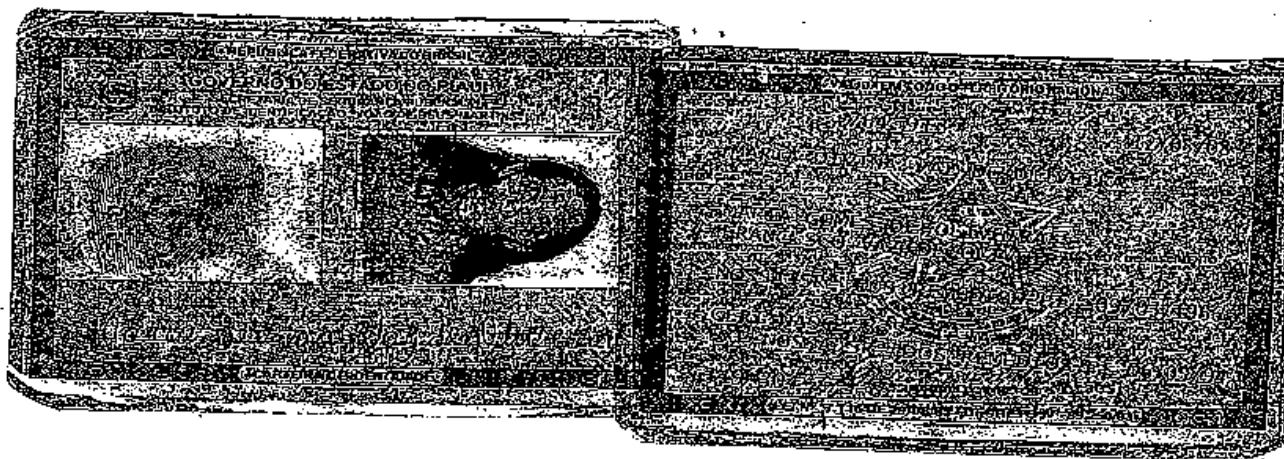
*ACAMADO NO LEITO;
*HIGIENE NO LEITO;
*ALIMENTAÇÃO POR TUBOS OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TO
*REQUER MEDIDAS COMPLEXAS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA;
*COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS;
*INCONSCIENTES OU COM DEVIOS NO PADRÃO DE COMPORTAMENTO;

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL

EDNAN SOARES COUTINHO





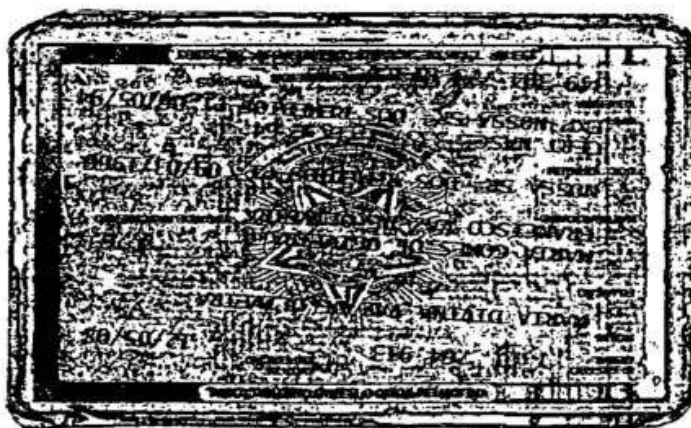


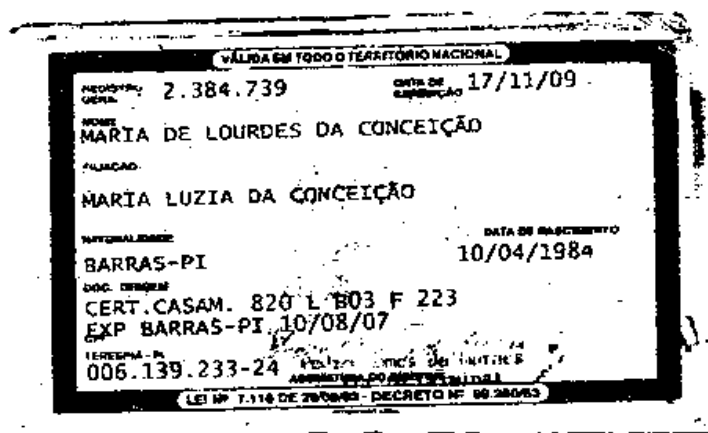
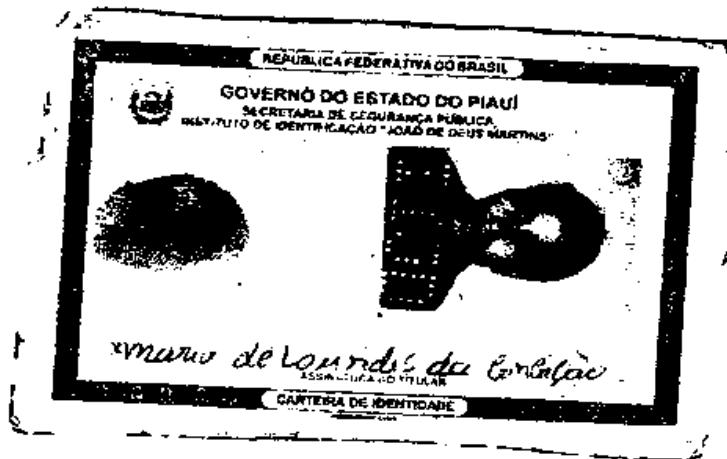
Documentos de Identificacao



SELO DE RECEBIMENTO 02 31-01-2018 14:37 588868 1/1







DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PI	Nº 8493817595
0120100085636	81532750216
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
145822d43b-99a99c54da6506bc0f895e8386100616	
VIA	RNTC
1	777730243
NOME/ENDEREÇO	
ANTONIO BILSON SOUSA RODRIGUES	
AV MATIAS OLÍMPIO 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. ANO MOD.
GM/S10 2.8 D	2002 2002
CAP/POT/CIL.	CATEGORIA
06P/132CV/0CC	PARTIC
COR PREDOMINANTE	
VERDE	
OBSERVAÇÕES	
0. CMT: 003.70 PBT: 002.90	
ALIANÇA FIDUCIARIA	
AYMORE CREDITO F.E. INVESTIMENTO S.	
PORTO	DATA
PORTO	16/06/2010
WELLINGTON VIEIRA DE MENDONÇA	
DIRETOR GERAL DE DETRAN - PI	

CARTÓRIO VIRGÍNIA 2º OFÍCIO
 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 09:28:20

Carlos Eduardo de Sousa Lima
 CARLOS EDUARDO DE SOUSA LIMA - ESCRIVENTE
 Empol. 2.38 TJ 0.48 Selo: 3.25 Total: 3.12



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTES 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 multas (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 da firma 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



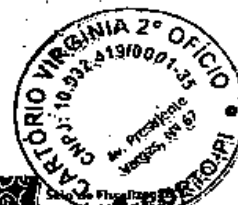
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PI	Nº 8493817395
0120100085636	01532750216
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
145822d43bc29e39c54da65d6bcd0f896e8386100616	
VIA	1
773330243	
NOME/ENDEREÇO	
ANTONIO HILSON SOUSA RODRIGUES	
AV MATIAS OLIMPIO 00499	
CENTRO PI	
CPF/CNPJ	PLACA
87453843391	LVZ 7653
NOME ANTERIOR	
RICARDO MARCELO RIBEIRO BARBOSA	
PLACA ANT/VIT	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
06P/132CV/00C	PARTIC
COR PREDOMINANTE	
VERDE	
OBSERVAÇÕES	
0 CMT: 003.70 PBT: 002.90	
ALIENACAO FIDUCIARIA	
AMORE CREDITO E INVESTIMENTO S.	
PORTO	DATA
	16/06/2010
WELLINGTON DA SILVA OLIVEIRA	
DI RECTOR 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
 Erit. 2.39 TJ 0.48 Suf. 3.25 Total: 3.12



AUTENTICAÇÃO
 Nº ABN-14332

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTES VEÍCULO, PARA:

VALORES _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar o envio do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser considerado responsável solidariamente pelas pendências impostas e suas incidências, 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 expedição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 231 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento das firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 359 C.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?

[**X**] 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)?

[**X**] 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 CRÂNIO-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 TORÁCICA

% 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

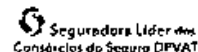
VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



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

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 30/04/2018
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 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: 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: EDNAN SOARES COUTINHO

DATA DO ACIDENTE: 30/04/2018 POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF: 349.341.773-87

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 o dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS E COBERTURA MORTUÁRIA

- 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 Feder para 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 Feder 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 (FILHOS) OU NETOS(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) EDNAN SOARES COUTINHO

Quem é o portador? () Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador: 001-839-233-24

E-mail: 21/07/2018 Assinatura: Ednan Soares Coutinho Tel: 0800-022-1204

Assinatura: Ednan Soares Coutinho

Assinatura: Ednan Soares Coutinho

Assinatura: Ednan Soares Coutinho

Assinatura: Ednan Soares Coutinho

Assinatura: Ednan Soares Coutinho

Assinatura: Ednan Soares Coutinho

Assinatura: Ednan Soares Coutinho

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 Líder, 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 Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. 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.

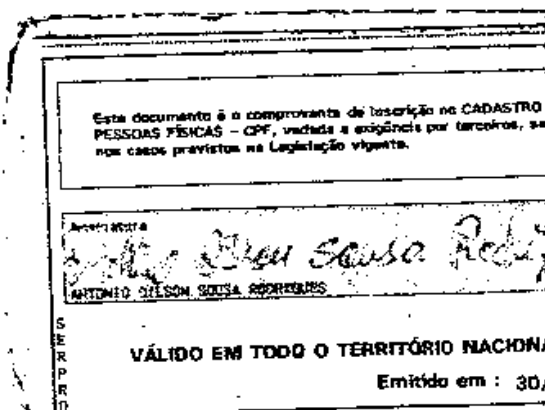
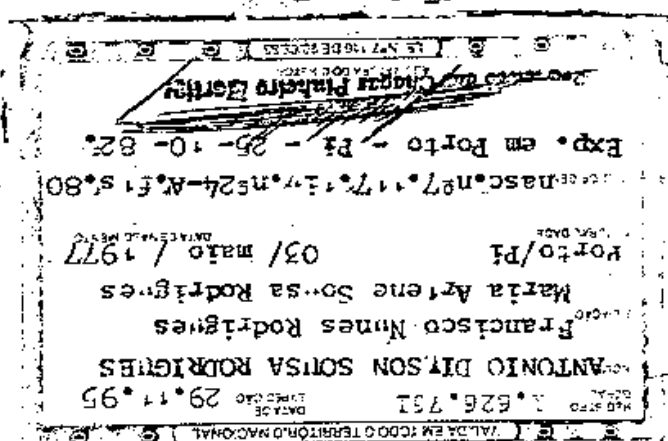
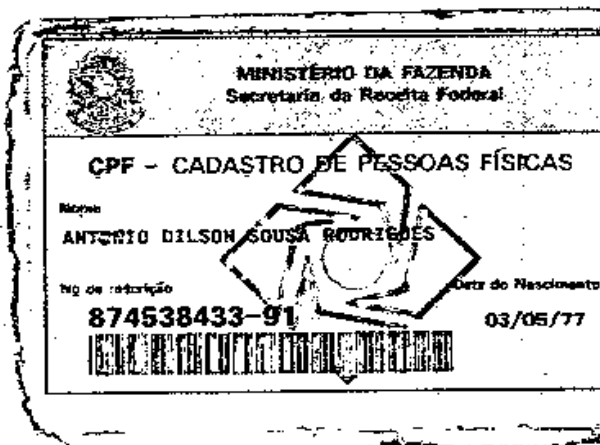
Atenciosamente,

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





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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/04/2018

Titular do CPF: MARIA DIVINA VAZ DE
OLIVEIRA

Seguradora: Sabem! Seguradora S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

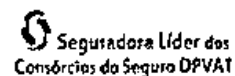
Data do cadastramento: 29/05/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0183136/19

Vítima: MARIA DIVINA VAZ DE OLIVEIRA

CPF: 349.304.773-87

Seguradora: Sabeml 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 chancefa 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 315316

- () 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



RASPI

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

DE

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



REMETENTE / Sender		TELEFONE/Phone number	
Rui Silva Rodrigues		861 8801-0236	
ENDEREÇO/Address			
localidade motinha ZONA RURAL			
CEP/Zip	CIDADE/City	UF/State	PAÍS/Country
61157000	mao sã dos Remedios	PI	

DEVOLUÇÃO / Return (CH15)	
☐ Mudou-se please	☐ Falçada (address)
☐ Recusado (refused)	☐ Endereço insuficiente (insufficient address)
☐ Desconhecido (unknown)	☐ Não existe o número indicado (no such number)
☐ Não procurado (not found)	☐ Outros (others)
☐ Ausente (absent)	
Tentativas de entrega (Delivery attempts)	
1° ____ 2° ____ 3° ____ 4° ____	
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (information provided by the doorman or the condo manager)	
☐ Reintegrado ao serviço postal em ____ (reintegrated to postal service on ____)	
Data: ____/____/____	Assinatura: _____

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





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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu marcio de luanda da lencina inscrito (a) no CPF/CNPJ 006.139.233 / 24 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário marcio dinizino uoy di aluino inscrito (a) no CPF sob o Nº 349.304.773 do sinistro de DPVAT cobertura da Vítima marcio dinizino uoy di aluino 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, apenário</u>		Número	<u>936</u>	Complemento
Bairro	<u>São José</u>	Cidade	<u>Barna</u>	Estado	<u>Rio</u>
E-mail			Telefone comercial(DDD)	CEP <u>64.100-000</u>	
			Telefone celular (DDD) <u>(86) 8802-0276</u>		

Barna, Rio 21 de junho de 2018
Local e Data

marcio de luanda da lencina
Assinatura do Declarante

DL.DRL.001 V001/2017



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 Tente 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

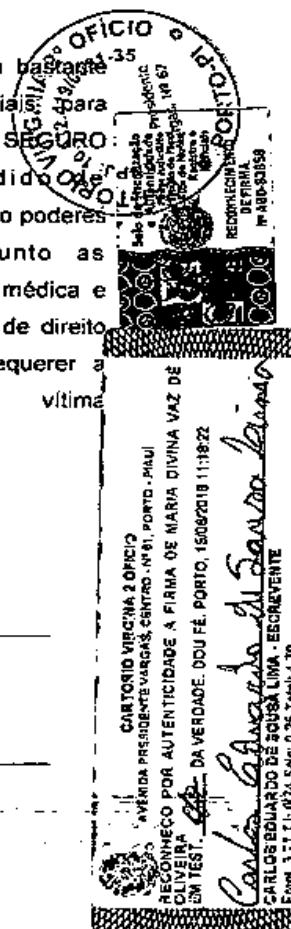
Porto - Piauí 15 Junho 2018

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

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

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

