

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Audiências, PJe Acesso 1º, PJe Consulta pr, PJe 0821547-58, Baixar o arq, (32) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=572416&ca=d6390a07772dbe792d7f39fb752273...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., Administrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

PJe ProceComCiv 0821547-58.2020.8.18.0140 MARIA SOCORRO GONCALVES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

12711209 - CONTESTAÇÃO (2760004 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 26/10/2020 10:29:45

26 Oct 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 12711208 - CONTESTAÇÃO
 - 12711209 - CONTESTAÇÃO (2760004 CONTESTACAO 01)
 - 12711219 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12711223 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12711224 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12711226 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10

2760004- C3/ 2020-03921/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PT 10:29 26/10/2020



Número: **0821547-58.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **27/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA SOCORRO GONCALVES (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12711 219	26/10/2020 10:29	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: MARIA DO SOCORRO GONCALVES

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 507 143

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DOS DO PACIENTE:****Nome:** MARIA SOCORRO GONCALVES**Prontuário:** 507143**Mãe:** URCULA SIMAO DE SOUSA**Pai:** JOSE GONCALVES MOREIRA**Ind.Resid.:** QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010**Nascimento:** 03/02/1948**Idade:** 71a/m/28d**Sexo:** Feminino**Fone:** 86-99536-2517**Responsável:** FRANCISCO WELLINGTON**CNS:** 998002932011458**Profissão:****Documento:** RG: 2046657 - PI**Instrução:** Não informado**E.Civil:** Solteiro(a)**DOS DO ATENDIMENTO:****Boleto:** 714877**Entrada:** 31/03/2019 21:04:00**Convênio:** S U S**Proced:** 0301060061**Evento da Procura****Informe Paciente/Acomp:** ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)**Condução:** AMBULÂNCIA DO SAMU**DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:****Sinal/Sintoma de Apresentação:****Classificação:****Cor:**

Indefinido

Exatidão História Clas. Risco:**SVV:** (Hora: ____ : ____)**Peso:** 0,00 Kg **Altura:** 0,00 M **IMC:** 0,00 Kg/m² **Pulso:** bpm **Pressão:** mmHg**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU - ATROPELAMENTO - APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MID / TRAUMA FACIAL.

PACIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA.

ILAS ISOCORICAS E FOTO +

ECG FISIOLÓGICA

LSD FLACIDO SEM ESCORIAÇÕES, INDOLOR A PALPAÇÃO

PA 125/60 FC 70 SPO2 100 FR 12

Diagnóstico Inicial:**CID:****Exames Complementares:**

1184387) - ANGIO TC DE CRÂNIO C/PRD

1184388) - T.C. DE FACE

1184389) - T.C. DE COLUMA CERVICAL

+ TC crânio / abd. superior / PRL
RX MD.**Prescrição Médica:**

FISIOLÓGICO 0.9 1000 ML IIV AGORA

O2 CATETER NASAL 4L/MIN

AVALIAÇÃO - CIR GERAL/ NEUROCIRURGIA/ ORTOPEDIA/ BUCO MAXILO

CD: ADCC

Objetivo da Alta/Encerramento:**Observação (Adulto)****DATA:** / /**HORA:** 21:04:00**Assinatura Paciente ou Responsável**

SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO

3912 Em: 31/03/2019 21:25:30



Cirurgia Geral. 31/03/19. 21:45

Vítima de Atropelamento.

Abdomen flácido, depresso, indolor
Epigastro, MV bilateral.

TC torax e Abdomen normais.

Alto de cirurgia geral.

A entorpecida (fratura exposta)

Dr. Mauro Antônio de Almeida
Cirurgia Geral / Medicina Interna
CRM-MG 102943

Pele neurocirúrgica: 31/03/19

vítima de atropelamento

6515, 12142

TC de crânio: normal

TC de coluna cervical, 8 níveis de disco foram

Adi, o qual parece de uma

alta de neurocirurgia

Dr. João Alfredo
Neurocirurgia
CRM-MG 102943

11/4/2019 (Vander)

Indicando Inten-operatório.

Fratura Exposta Riba - proximal cl de fratura na
perna D.

105 hptm 70 x 40 mmHg. FC 75 bpm
105 hptm 70 x 40 mmHg. FC 75 bpm

Amarelo de urina no pé. Perfurou um pouco de urina.

Pulso popliteo +3/+3. Pulso distal não palpável.

mancha de bon aspecto, não palpável.

Amarelo de urina no pé. Perfurou um pouco de urina.

Dr. Rodrigo de Paula Silva
Angiologia e
Cirurgia Vascular e Endovascular
CRM-MG 102943



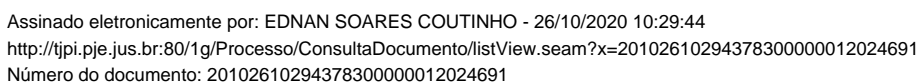


**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

[illegible]

MOD: 007 - HUT





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

238113

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

238773

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES

6 - Prontuário: 507143

7-CNS: 898002932011458

8-Nascimento: 03/02/1948

9-Sexo: Feminino

RG: 2046657 - PI

11-Mãe: URCULA SIMAO DE SOUSA

12-Fone: 86-99536-2517

13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON

14-Cor: Sem Informação

15-Endere: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010

16-unic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

Tumores superficiais múltiplos não especificados

24-CID Prim:

T009

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0413040178

TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

Tempo SUS
3

29-Clinica:

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

02

01

CPF

787.098.575-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

RICARDO SOARES VALENÇA

34-Data Solicitação:

10/05/2019

Dr. Ricardo Valença
CRM: 3756 - Traumatologia

35-Ass. Credenciada Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Tipico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: INLENA FREIRE
Consulta Local: 714877
Consulta SUS:
Impressão: 10/05/2019 17:02:22

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610294378300000012024691>

Número do documento: 20102610294378300000012024691

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 10/08

NOME DO PACIENTE: <u>Ednaldo Silva</u>	PROFISSIONÁRIO Nº: <u>507143</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Myoma uterino</u>	CIRURGIA: <u>L.M.C</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Alynor</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. RICARDO</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>ACADEMILIA</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>RAQUE</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>ANA GLAYDES</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	30		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	70		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
SCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	07	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	01		ESQUAS	-11-	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	-11-	06	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				MURIM	-11-	03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				CREPOM	-11-	80	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				SULFA DE AZINA	-11-	80	
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>FABÍOLA LUCIANA</u>			
PROLENE							





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

AValiação PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>Maria Socorro Gonçalves</u>	Prontuário:	Data: <u>10.05.19</u>
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Idade: <u>71</u>	Peso:
Procedimento(s) proposto(s): <u>LTC de punção</u>		Altura:
		Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <u>Ficador externo H1D não</u>
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <u>negativo</u>
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8 - Alergia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Fígado OK
Dr. cardiologista em exame

EXAME FÍSICO

PA: <u>118 x 73</u>	Pulso: <u>95</u> <input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	
2. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	
4. Abdome	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD	
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	<u>9.4</u>	TP / RNI		Uréia	<u>23</u>	
HT	<u>29.8</u>	TTPa		Creatinina	<u>0.7</u>	
Plaquetas	<u>527000</u>	Glicemia		RX Tórax		
ECG:						
ECO:						

ASA: II Anestesia proposta: ☐ Geral ☒ Outro: Raqui

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

Dra. Aline Lima Melo
Médica Anestesiologista
CRM 19 7127

CRM:

MOD. 076 - HUT





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Mário João Rodrigues		
Diagnóstico pré-operatório	Infarto Miocárdico (MI)		
Operação - Tipo	Cirurgia de emergência		
Cirurgião	1º Assistente	ACADÊMICA	
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
JANA GRAYDES	DR. ALYNE	RAQUE	
Anestésico(a)			

Data da Operação	Início	Fim
10/05/19	16:00	16:40
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Mário João Rodrigues


Acidente Durante a Operação

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

Porto 5cm de altura
após colocação
de uma drenagem
aberta e retirada de
tubo de drenagem
com um
cureta

Dr. Ricardo Valença
Anestesiologia - Traumatologia
CRM-3785 TEOT 11306



	FICHA DE ANESTESIA		FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA	
	Nome: <u>Maria Cecília Gonçalves</u>	Sala: <u>09</u>	Alergia: <input checked="" type="checkbox"/>	Data: <u>10.05.19</u>
Procedimento: <u>LTC parte D</u>		Cirurgião: <u>Dr. Ricardo</u>		Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Bupr. Prede	mg	10											
2 Cupizolona	g	2											
3 Dexmedetomidina	mg		5										
4 Dipiridona	g		2										
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico M5D
 Cat. Venoso nº 24 G
☐ Dificuldade aces. venoso
 Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-estesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito: Dorsal

SPO2 (%)	94	99	98
ETCO2 (mmHg)			
Aces. Venoso	SE 0.9%	500	
Aces. Venoso			
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

Descrição da Anestesia: Puncão subaracnóidec sob técnica asséptica, mediana L3/L4, única e automática, com retorno de LCR claro, e quiescência à injeção do anestésico.
 Anestésico: Bupivacaína 0.5%.

Dr. Alyne A. Lima Melo
 Médica Anestesiologista
 CRM-PA 71.23
 Anestesiologista



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE _____

NOME DO PACIENTE				Nº DE REGISTRO		
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONquite
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES		ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 2 3				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 300 200 OUTROS 100				
TEMPERATURA T	C°	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO	38					SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
PARTICULARIDADES						

MOD 78 - HJT





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Maria do Socorro Gonçalves	PRONTUÁRIO	507143
DA CLÍNICA	Ortopedia	LEITO	2381259
À CLÍNICA	Buco		

MOTIVO DA CONSULTA

fratura ROS.

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEO-11305
Cep: (86) 98884-0561

DATA: __/__/__

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Paciente vítima de Trauma em face. Ao exame clínico paciente apresenta fratura de do em região de côndilo mandibular direito, limitação de abertura bucal após o trauma.
Ao exame de imagem apresenta fratura de côndilo direito, com fragmentos de deslocamento ambulatorial.
Conduta: Tratamento Removível e Encomendado ambulatorial, Alto do buco-maxilo.

Dr. Wesley Lima Andrade
Especialista em Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CRO-4033 PI

04/04/2019

DATA: __/__/__

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

0.018 - HUT

Scanned by CamScanner





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

2

203 648

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	238603

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	MARIA SOCORRO GONCALVES			6 - Prontuário:	507143
7-CNS:	898002932011458	8-Nascimento:	03/02/1948	9-Sexo:	Feminino
11-Mãe:	URCULA SIMAO DE SOUSA			RG:	2046657 - PI
13-Resp:	FRANCISCO WELLIGTON			12-Fone:	86-99536-2517
15-Ender:	QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010			14-Cor:	Sem Informação
16-Munic:	TERESSINA	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:


- Infecção em perna D

21 - Condições que justificam a internação:

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

3-Diagnóstico Inicial:	24-CID Prin:	25-CID Sec.:	26-CID T.Ass.
Traumatismos superficiais múltiplos não especificados	T009		

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	Tempo
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Med. Solic.: 02 01 CPF 787.098.575-91	 34-Data Solicitação: 04/05/2019 Dr. Ricardo Soares Med.Sol. (CRM)
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:		47 - Data Autorização: 24/06/19	Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria SINCAMFUS CRM-FR 1833-OPF Nº 18.933-9 CREA SP 04840497-0
48 - Documento: () CNS () CPF	49 - Num. Documento:		
			50 - Ass. Carimbo (Eq. Conselho)

ES - Assinatura Paciente ou Responsável:


```

USUARIO: (FERNANDACASTRO)
Consulta Local: 714877
Consulta SUS:

```



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610294378300000012024691>
 Número do documento: 20102610294378300000012024691

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 203628	
	AIH: 2219100353789	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE MARIA SOCORRO GONCALVES	NASCIMENTO 03/02/1948	SEXO F	PRONTUÁRIO 507143
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE URCULA SIMÃO DE SOUSA	RESPONSÁVEL FRANCISCO WELLINGTON
CEP 64000010	ENDEREÇO - LOGRADOURO QD 06 CS 07			NUMERO / LOTE S/N
BAIRRO ESPLANADA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
INFECÇÃO DE PERNA D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

04/05/2019

DURVAL TEIXEIRA NUNES LEAL

CPF: 34217738315

CRM:

DATA ADMISSÃO

04/05/2019 09:00

DATA ALTA

10/05/2019 17:02

MOTIVO ALTA


PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 08623442100 CRM:	 CPF: CRM: DATA ANÁLISE:
DATA ANÁLISE: 05/06/2019 08:52:37	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Maria Socorro Gonçalves Nº PRONT.: 507143 Nº LAUDO: 238603

- ☐ ALTA HOSPITALAR
- ☒ PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
- ☐ PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- ☐ PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- ☐ PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
- ☐ PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
- ☐ TRANSFERÊNCIA
- ☐ EVASÃO
- ☐ ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO


Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUTDATA: 10.05.19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Maria do Socorro Gonçalves IDADE 71 anos DATA 04/05/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 40 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA MC de MTD CIRURGIÃO Juan

SINAIS VITAIS	HORÁRIO				
	ADMISSÃO	11:00	12:30	13h	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	74x46	84x46	96x61	107x60	112x59
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	73	72	62	58	54
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	97%	98%	98%	98%	98%
TEMPERATURA AXILAR (°C)					
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/MATRÍCULA	<u>Anuncição</u>				

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	07		10
ESCALA DE DOR SAÍDA		ASS.	Jairo Francisco de M. Freitas ENFERMEIRO COREN-PI 157387		A

() SONDAS VESICAIS	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
 10:40 - Admitida em RPA no 1º andar do bloco de MTD.
 Apresenta consciência, espanta, em ar ambiente, sem apnéia de 9/10 (muito leve) (4 pontos).
 Jairo Francisco de M. Freitas
 ENFERMEIRO
 COREN-PI 157387

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

12 () 13 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 14 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () MORT () NEU () CIR () MÉD ()

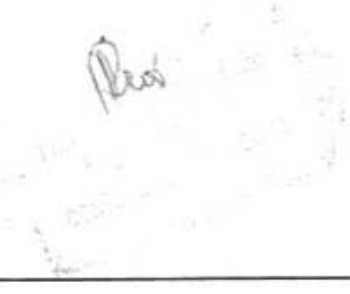


BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04/05/19

NOME DO PACIENTE: <u>Maria do Socorro Gonçalves</u>	ABONTUÁRIO Nº: <u>507143</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Mirra Meneses dos Santos</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Dr. [assinatura]</u> CRM 1872 / CPF: 014.546.133-49 COB-ANEST-P1	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Rogério</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Benedita</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>8.5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	150		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALDE Nº <u>Wepom</u>	UNID.	03		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>elétrico des</u>	1	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA 			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Benedita</u>			
PROLENE							





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente			Mário do Socorro Valença		
Diagnóstico pré-operatório			Músculo Biceps		
Operação - Tipo			Ligadura		
Cirurgião			Dr. Ricardo Valença		
2º Assistente			1º Assistente		
Instrumentador(a)			3º Assistente		
Anestésico(a)			Anestesia		
Data da Operação			Fim		
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					

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

Placa de 15x10 cm no antebraço
com 4 pontos de sutura
com fio 3/0 e agulha curva
fechando a ferida
com 1 ponto de sutura

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 TEOT 11305



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE HUT

NOME DO PACIENTE MARIA SOARES COELHO				Nº DE REGISTRO 307143		
DATA 07/05/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES				
OXIGÊNIO 1 2 3		Bupivac 98				
LÍQUIDOS		SANGUE 300				
TEMPERATURA T		38				
P. ARTERIAL V O PULSO		100				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		10:00				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		10:00				
RESPIRAÇÃO O		10:00				
SÍMBOLOS		DURAÇÃO 09:45 - 10:00				
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES		CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						

MOD 76 - HUT





240481

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código c

Internap

4-CNES

5828856

2404

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES

7-CNS: 898002932011458

8-Nascimento: 03/02/1948

9-Sexo: Feminino

6 - Prontuário: 507143

11-Mãe: URCULA SIMAO DE SOUSA

RG: 2046657 - PI

13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON

12-Fone: 86-99536-251

15-Ender: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010

14-Cor: Sem Informaç

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

Pele de coloração amarelada e pé direito

21 - Condições que justificam a internação:

A S ALMA

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

ANAMNESE + EX. FISIC

23-Diagnóstico Inicial:

Outras afecções especificadas da pele e do tecido subcutâneo

24-CID Prim:

L988

25-CID Sec.:

26-CID C. Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

-Cod.Proced.: 27- Procedimento Solicitado:

0401020029

ENXERTO DERMO-EPIDERMICO

29-Clinica:

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

02

01

CPF

657.421.173-53

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

MARCIO REGO DE ALMEIDA PASSOS

34-Data Solicitação:

05/06/2019

Dr. Márcio R. A. Passos

CRM - 3416

35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No. Bilhete:

41-Serie:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

30/07/19

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditor ORCAPIES
CRM-PI 1830-CPF 161.812.11-8
OAB 200204/200204

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Usuário: (VALDENICE MENDES)

Consulta Local: 714877



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610294378300000012024691

Número do documento: 20102610294378300000012024691

Num. 12711219 - Pág. 19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 213237	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2219100438380	

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE MARIA SOCORRO GONCALVES	03/02/1948	F	507143
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE URCULA SIMAO DE SOUSA	RESPONSÁVEL FRANCISCO WELLINGTON
CEP 64000010	ENDEREÇO - LOGRADOURO QD 06 CS 07	NUMERO / LOTE S/N		UF PI
BAIRRO ESPLANADA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PERDA DE SUBSTÂNCIA EM MÍD

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL L988 - OUTRAS AFEÇÕES ESPECÍFICAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0401020029 - ENXERTO DERMÓEPIDERMICO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARCIO REGO DE ALMEIDA PASSOS CPF: 83742117353 CRM:	
CARATER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 05/06/2019		
DATA ADMISSÃO 05/06/2019 15:00	DATA ALTA 24/06/2019 15:00	MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 8384832391 CRM:		NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 09/06/2019 16:30:57 CFF: CRM: DATA ANALISE:	
---	--	---	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



nk



Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Mauri Soares Gonçalves

Diagnóstico pré-operatório *Perda de Substância em M1D*

Operação - Tipo Dr. Márcio R. A. Passos Ensino de Pale Panel

Cirurgião

1° Assistente

2° Assistente

3° Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anesthesia

Anestésico(a)

Data da Operação 05/06/13

Início

Firm

Diagnóstico Pós-operatório

1 den

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Asperin - Aspirin

Redonde de pele pouco elástica, úmida com pequenas pregas
Desdobrando de pele úmida

New Town

Colours de pele para (Eneido) com pregos com
pelo nylon 9.0.

محمد

Dr. Márcio R. A. Passos
Cirurgião Plástico
CRM: 3416



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03/06/19

NOME DO PACIENTE: <u>Maria Soraia Gomes</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>507143</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Parto de Substância</u>	CIRURGIA: <u>Exatidão de pl. parietal</u>
ANESTESIA: <u>Ruíme</u>	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>Dr. Márcio R. A. Passos</u> <u>Ant. Passos</u> <u>Dr. Márcio R. A. Passos</u> <u>Cirurgião Plástico</u> <u>CRM - 2016</u>	CPF Nº: <u>63742173-3</u>
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Antonio Jorier</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Selenel</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 6.5. 200 e 7.5	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0 e 8.5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	03		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	90	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	03		<u>Exatidão</u>	<u>le</u>	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	4-0	08					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Kleuine</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Exatidão</u>			
PROLENE							



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44

<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610294378300000012024691>

Número do documento: 20102610294378300000012024691

Num. 12711219 - Pág. 22



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: MARIA SOCORRO GONÇALVESSala: 08Alergia: NegaData: 05/06/19

Procedimento:

EXTERO DE PELE PARCIAL

Cirurgião:

MARCIO PASSOS

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Bupivacaína isobárica	10mg												
2 Fentanil	2mg												
3 Morfina	6mg												
4 Propofol TCI 0,7mg/ml	1g												
5 Clonitina	5mg												
6 Ralidina	4mg												
7 Dexametazona	1g												
8 Ondansetrona	4mg												
10 Sedura	10mg												
11													
12													
13													
O ₂ gênio	3,0												
AR/N ₂ O													
Volatil	%												

Acesso Vascular	ECG	RS	RS	RS	RS
<input checked="" type="checkbox"/> Periférico MCE					
<input type="checkbox"/> Cat. Venoso nº 20 G					
<input type="checkbox"/> Dificuldade aces. venoso					
<input type="checkbox"/> Gastos cateteres					
<input type="checkbox"/> Central					

Via Aérea	ECG	RS	RS	RS	RS
<input checked="" type="checkbox"/> Cateter nasal					
<input type="checkbox"/> IOT nº					
<input type="checkbox"/> LMA nº					

Monitorização:	ECG	RS	RS	RS	RS
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscopia					
<input checked="" type="checkbox"/> PANI					
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso					
<input type="checkbox"/> ETCO ₂					
<input type="checkbox"/> Outros					

Anestesia:	ECG	RS	RS	RS	RS
<input type="checkbox"/> Geral Venosa					
<input type="checkbox"/> Geral Balanceada					
<input checked="" type="checkbox"/> Raqui-anestesia					
<input type="checkbox"/> Peridural					
<input type="checkbox"/> Bloqueio Periférico					
<input type="checkbox"/> Outros					

Decúbito:	ECG	RS	RS	RS	RS
<u>dorsal</u>					

SPO ₂ (%)	ETCO ₂ (mmHg)	Aces. Venoso	Aces. Venoso	Diurese	Perdas Sanguíneas
100	100				
100	100				
100	100				
100	100				
100	100				
100	100				
100	100				

Descrição da Anestesia: Aspíria + anti-aspíria + bloqueio sub-aracnoide (BSA) L3-L4; punção para mediana única c/ agulha 26G; LCR limpo; 1^a intercostais.

Dr. Antônio José Magalhães Melo
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM 14.42
Anestesiologista





236063

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

236063

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES

7-CNS: 898002932011458

8-Nascimento: 03/02/1948

9-Sexo: Feminino

6 - Prontuário: 507143

11-Mãe: URCULA SIMAO DE SOUSA

RG: 2046657 - PI

13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON

12-Fone: 86-99536-2517

15-End: QD 06 CS 07 - RES. ESPANADA - CEP: 64000-010

14-Cor: Sem Informação

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Vítima de Atropelamento exposto
pulso nulo e lesões graves na

21 - Condições que justificam a internação:

Vítima de Atropelamento exposto +
Deslocamento na palpação do pulso + p

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

Su

-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID-Prin:

25-CID-Sec:

26-CID-Relat:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0415030013

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02

01

CPF

003.695.133-12

Tempo: 999

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

31/03/2019

ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS

35-Ass.Carimbo Méd.Sol.(CEP)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Serie:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOK:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Mãe/Filho

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: SOLIMAR BRITO

Consulta Local: 11401

Consulta 210:

Clínica Pereira dos Santos



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde


1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	236063

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES	6 - Prontuário: 507143		
7-CNS: 898002932011458	8-Mascimento: 03/02/1948	9-Sexo: Feminino	CPF: -
11-Mãe: URCULA SIMÃO DE SOUSA	12-Fone: 86-99536-2517		
13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON	14-Fone: 86-99536-2517		
15-Ende: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

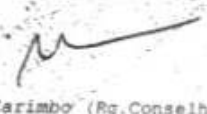
31-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

38-Profissional Responsável: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS	40-Tp. Documento: CPF	 41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) CRM 6403-MA
39-Data Solicitação: 01/04/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 003.695.133-12	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura expnt de tibia

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 16/04/19	52-CNS/CPF: 
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

(SOLIMAR BRITO)





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Mary Socorro Bonferr</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura exposta do pé direito distal</i>		
Operação - Tipo <i>CI Fratura exposta de fêmur (LAC + Fixação externa)</i>		
Cirurgião <i>André</i>	1º Assistente <i>Genilson</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		<i>0413040178 - T009</i> <i>0208050500 - S822</i> <i>la fixador</i>
Relatório Imediato do Patologista <i>Obs: Sobretudo lesão vascular no EC</i>		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) PAC em decubito dorsal sob quimera + Aposição de curativo estéril
 - 2) Abordagem na perna D CI fêmur + Desbridamento + FE + Sutura C Obs grande perda óssea + Desbridamento de ossos
 - 3) Sutura + Curativo compressivo CI Músculo na perna direita
- Feito LAC na mão + Sutura*

76 HUT



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: María Socorro Gonçalves Nº PRONT.: 507143 Nº LAUDO: 236063

- ☐ ALTA HOSPITALAR
- ☒ PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
- ☐ PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- ☐ PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- ☐ PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
- ☐ PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
- ☐ TRANSFERÊNCIA
- ☐ EVASÃO
- ☐ ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO


Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUTDATA: 12/04/19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



11

Socino Cecily

PRONTUÁRIO

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CLÍNICA
Ortopédica

ENF. OU AP

On

MÉDICO ASSISTENTE

~~4-238~~ 1259

Friction expected before + Des Covariates +
Friction expected before + Des Covariates?

11 DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTESICO

2 SF 0.9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN

3. RANITIDINA 50mg – 1 AMP + AD EV8/8 H

4. CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H

5. DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H

8. TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H

7-TRAMAL 100MG -1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN

CURATIVO

CCGG + SSW

$$\text{Bent}^9 \text{ mean } \mathcal{D}'(0) + SF(50) \times 1 \text{ dec}$$

L'ingegno Quirato. Fama di Perod.

Flaviana do Vocabulário

~~James O'Connell~~
James O'Connell
of M 212-77
800-966-1111

2000-04-28

1000

1994



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Maria do Socorro Gonçalves IDADE _____ anos DATA 01/04/201

HORÁRIO DE ADMISSÃO 01 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA _____ CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>183/93</u>	<u>07:16</u>	<u>125x55</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>88</u>	<u>90</u>	<u>95</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>97</u>	<u>95</u>	<u>94</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/MATRÍCULA	<u>Amor</u>		

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO					TOTAL	<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA					ASS.	

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

01:25 Admitida no POS de tratamento cirúrgico de fratura de fêmur + fratura de tíbia, sonolenta, com hematoma facial a direita na região do olho direito, respirando espontaneamente, saturando 97%, em cura: furo limp, em hidratação parenteral. f. long

07:25 Pde movida p/ vasculatura, biogênica, colada e inermida a

08:40 Alta da SRPA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA _____

ALTA SRPA _____

HORÁRIO _____

ANESTESIOLOGISTA _____

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



FOLHA DE ANESTESIA

Flam



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE: <u>Monica da Silva Gonçalves</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>31/03/19</u>	P. ARTERIAL: <u>120/70</u>	PULSO: <u>94</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO: <u>PCR em 27.</u>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>fratura - Gto. tibia D</u>					FISIOPATIA: <u>ASIA SFC</u>	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS EFEITOS		
<u>23:20 0:20 1:20</u> AGENTES ANESTÉSICOS: <u>Oxigênio 100% - 5Lts.</u>				TOTAL DE DOSES		
LÍQUIDOS: <u>SO-UTO 500</u> <u>SANGUE 300</u> <u>OUTROS 100</u>				<u>1) A.V.P. - Jelco 18</u> <u>2) Montanizol</u> <u>3) P.A. 134</u> <u>Novo 0,5% - 12,5ml</u> <u>Dormif 50mg</u> <u>0,2% - 5Lts</u> <u>Epitil 100ml</u> <u>Cefazolin 2g i.v.</u>		
TEMPERATURA T	38	280	94	98	SEQUÊNCIA	
P. ARTERIAL V O PULSO	38	200	180	160	<u>1) 2</u> <u>2) 3</u> <u>3) 5</u> <u>4) 8</u> <u>5) 10</u> <u>6) 12</u> <u>7) 13</u> <u>8) 14</u> <u>9) 15</u>	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		140				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		120				
RESPIRAÇÃO O		100				
SÍMBOLOS				DURAÇÃO		
TÉCNICAS: <u>Rarguianestesia: P.M. 134</u>				INCIDENTE - ACIDENTE: <u>única LCR líquida</u> <u>agulha 20g</u>		
OPERAÇÕES: <u>Tmb. cirurgia fto. tibia</u>						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS: <u>Nelson</u>						
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		

MOD 76 - HUT

Dr. Nelson Ribeiro Soares
Médico Anestesiologista
CRM - PI 1609 / CRM - RJ 3746



No. da Autorização de Internação Hospitalar (A.I.H.)

199805

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	236872

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	MARIA SOCORRO GONCALVES			6 - Prontuário:	507143
7-CNS:	898002932011458	8-Nascimento:	03/02/1948	9-Sexo:	Feminino
11-Mãe:	URCULA SIMAO DE SOUSA			RG:	2046637 - PI
-Resp:	FRANCISCO WELLINGTON			12-Fone:	86-99536-2517
15-Ende:	QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010			14-Cor:	Sem Informação
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

- Fratura exposta grau
sim, com perda óssea
de partes moles.

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tíbia


24-CID Prim:

S822

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050500		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA			
29-Clinica:		30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 342.177.383-15	35-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: DURVAL TERCIO NUNES LEAL		34-Data Solicitação: 12/04/2019			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)


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

AUTORIZAÇÃO

46.- Nome do Profissional Autorizador:		47-Data Autorização: 28/04/99	Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria (FISCAL/PIS) CRM - PI 1630 - CPF 163.953.537-8 CNPJ 20199240/0001-99
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:		50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

21 - Assinatura paciente ou responsável:	usuário: ANTONIO SURIVAN Consulta Local: 714877 Consulta SUS:
--	---



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 199805	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2219100283114	

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE MARIA SOCORRO GONCALVES	03/02/1948	F	507143
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
			URCULA SIMAO DE SOUSA	FRANCISCO WELLINGTON
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE	
64000010	QD 06 CS 07		S/N	
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
ESPLANADA		TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS FRATURA DE TIBIA L.M.C.+FIXAÇÃO EXTERNA DE TIBIA. PERDA OSSEA E PARTES MOLES	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO CIRURGIA	

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) RX
--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) DURVAL TERCIO HUNES LEAL CPF: 34317738315
CARATER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 12/04/2019
DATA ADMISSÃO 12/04/2019 09:00	DATA ALTA 20/04/2019 10:17
MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)							
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO	
JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CELSON FERNES FERREIRA FILHO CPF: 7635633791	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 26/04/2019 09:45:00
CRM:	CPF
CRM	DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FMS

SUS

HUT

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

237348

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

R 208088

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

237348

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES

7-CNS: 898002932011458

8-Nascimento: 03/02/1948

9-Sexo: Feminino

6 - Prontuário: 507143

RG: 2046657 - PI

12-Fone: 86-99536-2517

14-Cor: Sem Informação

11-Mãe: URCULA SIMAO DE SOUSA

13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON

15-End: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Infecção por

infecção

A. Oligo

Fe

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

Artrite reumatoide superficial múltipla não especificada

24-CID Prim:

T009

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Procedimento Solicitado:

0413040178

TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

Tempo SUS

3

29-Clinica:

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

02

01

+ CPF

342.177.383-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

DURVAL TERCIO NUNES LEAL

34-Data Solicitação:

20/04/2019

35-Ass. O. 36-Ass. O. 37-Ass. O. 38-Ass. O. 39-Ass. O. 40-Ass. O. 41-Ass. O. 42-Ass. O. 43-Ass. O. 44-Ass. O. 45-Ass. O. 46-Ass. O. 47-Ass. O. 48-Ass. O. 49-Ass. O. 50-Ass. O. 51-Ass. O. 52-Ass. O. 53-Ass. O. 54-Ass. O. 55-Ass. O. 56-Ass. O. 57-Ass. O. 58-Ass. O. 59-Ass. O. 60-Ass. O. 61-Ass. O. 62-Ass. O. 63-Ass. O. 64-Ass. O. 65-Ass. O. 66-Ass. O. 67-Ass. O. 68-Ass. O. 69-Ass. O. 70-Ass. O. 71-Ass. O. 72-Ass. O. 73-Ass. O. 74-Ass. O. 75-Ass. O. 76-Ass. O. 77-Ass. O. 78-Ass. O. 79-Ass. O. 80-Ass. O. 81-Ass. O. 82-Ass. O. 83-Ass. O. 84-Ass. O. 85-Ass. O. 86-Ass. O. 87-Ass. O. 88-Ass. O. 89-Ass. O. 90-Ass. O. 91-Ass. O. 92-Ass. O. 93-Ass. O. 94-Ass. O. 95-Ass. O. 96-Ass. O. 97-Ass. O. 98-Ass. O. 99-Ass. O. 100-Ass. O.

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39- () Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

40 - Nome do Profissional Autorizador:

41-Data Autorização:

17/06/19

42-Documento:

43-Num. Documento:

() CNS () CPF


Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Saúde
CRM-PI 125.018-9
CBO 31201000

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (FERNANDA CASTRO)
Consulta Local: 714877
Consulta SUS:
Impressão: 23/05/2019 16:17:00

Dr. Wellington Silva Santos

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 208088	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2219100354075	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE MARIA SOCORRO GONCALVES	NASCIMENTO 03/02/1948	SEXO F	PRONTUÁRIO 507143
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE URCULA SIMAO DE SOUSA	RESPONSÁVEL FRANCISCO WELLINGTON
CEP 64000010	ENDEREÇO - LOGRADOURO QD 06 CS 07			NUMERO / LOTE S/N
BAIRRO ESPLANADA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FRATURA DE TÍBIA L.M.C. + FIXAÇÃO EXTERNA DE TÍBIA, PERDA ÓSSEA E PARTES MOLES
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO CIRURGIA


PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)  DUREVAL TERCIO NUNES LEAL CPF: 34217738315
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 20/04/2019
DATA ADMISSÃO 20/04/2019 10:17	DATA ALTA 04/05/2019 09:00
MOTIVO ALTA PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO) LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 08623442300	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 09/06/2019 08:53:22
CRM:	CRM:
DATA ANÁLISE:	DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Maria Soares Gonçalves IDADE anos DATA 20/10/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 22 hs 55 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUIDE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Cme pont de fibro CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>99/54</u>	<u>122/66</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>81</u>	<u>85</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>98</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Gica</u>	<u>Eleane</u>

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR PÓS-OPERATÓRIA

TOTAL 08

ASS Jairo Francisco de M. Freitas

ENFERMEIRO CORELAP 151327

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA: () NASOG () NASOE
<u>14</u> ha <u>300</u> mL	ha mL	ha mL	ha mL		
ha mL	ha mL	ha mL	ha mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

11:55 - Admitida em SRPA no POI de Cme
se fractura de fíbula - consciente, orientada, sob
exat de manutenção, curativo, sonda, sonda

Jairo Francisco de M. Freitas
 ENFERMEIRO
 CORELAP 151327

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []





centro cirúrgico

Diagnóstico pré-operatório *ne F. cep* *1.000* *Parat* *(2)*

Cirurgião Amador Assistente

Instrumentador(a) <u>Fabio</u>	Anestesista <u>N3C</u>	Anestesia <u>1</u>
--------------------------------	------------------------	--------------------

Data da Operação	20/04/19	Início	15:35	Fim	1
------------------	----------	--------	-------	-----	---

Diagnóstico Pós-operatório				
----------------------------	--	--	--	--

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Plants for the
Abandon + Affected
Cultural Areas, Very
Poor (2) (Suffer with)

Darun! Tercio Nunes Leal
ONTOGENE/TRANSDUTOLOGIA
E-mail: tleal@uol.com.br

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20, 04, 19

NOME DO PACIENTE:	M ^{te} Socorro Gonçalves	PRONTUÁRIO Nº:	507443
DIAGNÓSTICO:	L.M.C	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	06
CIRURGIÃO:	Arnal Bercio	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Estudante	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Nipon	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Fabíola	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 710	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 715	PAR	02	
AGULHA RAQUE 25	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
SPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
SCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	06	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		escova		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				eletodo		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crepom		02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				cateter 02		01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL nylon 30		01					
MONONYLON 2.0		03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Gualene			
PROLENE							



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610294378300000012024691>

Número do documento: 20102610294378300000012024691

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE: H.O.U.T.

NOME DO PACIENTE: M^{te} Socorro Gonçalves

Nº DE REGISTRO: 507143

DATA: 20/04/19

P. ARTERIAL: 105/60

PULSO: 91

RESPIRAÇÃO: 19

TEMPERATURA:

PESO:

ALTURA:

EXAMES DE SANGUE:

GR. SANGÜÍNEO:

HEMATIMETRIA:

HEMOGLOBINEMIA:

HEMATOCRITOS:

GLICEMIA:

DOS. URÉIA:

EXAMES DE URINA:

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

SISTEMA CIRCULATÓRIO: R.C.R. em 2T.

ELETROCARDIOGRAMA:

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

ASMA:

BRONQUITE:

SISTEMA DIGESTIVO:

SISTEMA URINÁRIO:

ESTADO MENTAL:

CORTICOIDES:

ATARAXICOS:

OUTROS:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Infecção F.O. Perim D

FÍSICOS: ASA II

PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES):

APLICADO AS:

EFEITOS:

10:45 11:35

AGENTES ANESTÉSICOS:

OXIGÊNIO:

1

2

3

LIQUIDOS:

SO-UTO 500

400

SANGUE 300

200

OUTROS 100

TEMPERATURA T:

38

P. ARTERIAL

V. O. PULSO

INÍCIO E FIM ANESTESIA X

INÍCIO E FIM OPERAÇÃO

RESPIRAÇÃO O

SÍMBOLOS

TÉCNICAS: Raqui-anestesia: P.M. 3/4

OPERAÇÕES: L.M.C.

CIRURGIÕES: Bruno Bercio

ANESTESISTAS: Nilson

INCIDENTE - ACIDENTE: L.C.R. lha

Pulso, regular 25g

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS:

PARTICULARIDADES:

Dr. Nilson Ribeiro Soares

Médico Anestesiologista

CRM - PI 1599 / C.M. - M-1.20.06

MOD 76 - HUT



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 SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a1m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937859 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184388 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE FACE

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

- FRATURA NA BASE DA ÓRBITA DIREITA.
- HEMOSSINUS MAXILAR DIREITO.
- CÉLULAS ETMOIDAIAS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIAS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/03/2019

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a1m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937859 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184389 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES AXIAIS COM ESPESSURA DE 3 mm E INTERVALO DE 3 mm.

RELATÓRIO:

- ARTROSE CERVICAL.
- REDUÇÃO DIFUSA DOS ESPAÇOS DISCAIS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/03/2019

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a1m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937859 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184390 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE Pelve

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 5MM DE ESPESSURA E 5MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ÚTERO E ANEXOS DE VOLUME E CARACTERÍSTICAS NORMAIS PARA A FAIXA ETÁRIA DA PACIENTE.
- BEXIGA DE VOLUME NORMAL, PAREDES LISAS E CONTEÚDO HOMOGÊNEO.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS OU DE LÍQUIDO LIVRE INTRAPERITONEAL.
- ALCAS INTESTINAIS DE CALIBRE NORMAL NO SEGMENTO ESTUDADO.
- PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/03/2019

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 08 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a2m0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937861 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184393 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 03/04/2019

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a2m0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937863 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184395 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE TORAX

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

- OPACIDADES HETEROGÊNEAS APICAIS.
- ATEROMATOSSES PARIETAL CAROTÍDEA.
- TRAQUÊIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COLAPSO PARCIAL DE CORPOS VERTEBRAIS TÓRACO-LOMBARES.
- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL OSSEA.
- ARTROSE DORSAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 03/04/2019

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a2m0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937863 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184396 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E Pelve DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- ATEROMATOSE PARIETAL AORTOILIACA.
- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONÓMEGALIAS.
- COLAPSO PARCIAL DE CORPOS VERTEBRAIS TÓRACO-LOMBARES.
- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL OSSEA.
- ARTROSE LOMBAR.

(LUIZ CÉZAR)

TERESINA - PI 03/04/2019

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a3m24d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937875 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184418 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 31/03/2019

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente na falange distal do 3º quirodáctilo.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/05/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Página: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a6m13d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236063
Requisição: 937993 Solicitação: 01/04/2019 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
Controle: 1184632 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 259

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 01/04/2019

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas na tibia e fibula proximais.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fraturas cominutivas na tibia e fibula proximais.
- Partes moles sem particularidades.


(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 16/08/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 191892	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2219100282905	

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE MARIA SOCORRO GONCALVES
DOCUMENTO	CPF
TELEFONE	NOME DA MÃE URCULA SIMAO DE SOUSA
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO QD 06 CS 07
BAIRRO	COMPLEMENTO
ESPLANADA	MUNICÍPIO TERESINA
RESPONSÁVEL FRANCISCO WELLINGTON	
NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO 03/02/1948 F 507143	
NUMERO / LOTE S/N	
UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
VITIMA DE ATROPELAMENTO COM LESÃO EXPOSTA DO POLEGAR MÃO DIREITA + LESÃO GRAVISSIMA . NA PERNA DIREITA COM FRATURA EXPOSTA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0415030013 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ANDRE LEAL DE VASCONCELOS CPF: 00369513312	
CARATER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 31/03/2019	CRM:	
DATA ADMISSÃO 31/03/2019 21:04	DATA ALTA 12/04/2019 09:00	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) AARAO CRUZ MENDES CPF: 13178547304		NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA [Assinatura]	
CRM:	DATA ANALISE: 01/04/2019 01:28:01	CPF:	CRM:
			DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01, 04, 2019

NOME DO PACIENTE:	Maria Soares Gonçalves	PRONTUÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:		CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Conceição	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml FRASCO		09	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—		S.F. 1.000 ml	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2,0		05					
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							
				ENFERMARIA:			
				CIRCULANTE:	Francisco Renato		





00:30

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198	
FABRICANTE:		CNPJ:	
PACIENTE: Maria Socorro Gonçalves		CNPJ:	
RG.HOSPITAL: HUT.		COD.SIG TAP:	
DATA: 01/04/2019		USADO:	
PROCEDIMENTO: Trat. Lúbia (D)		USADO:	
MEDICO: Dr. Giacomo Cronenberg		CRM:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Quantidade

[illegible]**Responsável Pelo Preenchimento:**

Data:

01/04/2019

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO). DEMAIS, CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE

Documentos complementares:

Observações: LAUDO MÉDICO NA PÁG.1 INDICA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE 95%

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MID). DEMAIS, CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO). DEMAIS, CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32000 39630

Data da solicitação: DD/MM/AA

Nome do beneficiário: MARIA DO SOUZA RODRIGUES

CPF do beneficiário: 04492603-22

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ()
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

MINHA MÃE TRATOU A TUBIA D. FOI UMA FRATURA EXPOSTA
FEZ CIRURGIA COM USO DE FIXADOR ATROFIOU A PENNA PERDEU
MASSA MUSCULAR, TECIDO FICOU DEFORMADA TEVE
PERDA FUNCIONAL DE 95% E MUITO GRAVE.

Local e Data

Francisco Wellington Silva Santos

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).




Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610294378300000012024691>

Número do documento: 20102610294378300000012024691

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033433/20

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

CPF: 014.492.603-22

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/03/2019

Titular do CPF: MARIA SOCORRO
GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MARIA SOCORRO GONCALVES : 014.492.603-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1650290391

NOME
WESLEIANE MARQUES BATISTA

DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSORA
3477293-SSB PI

CPF
058.497.763-05

DATA DE NASCIMENTO
11/12/1997

FUNÇÃO
EDUARDO MARQUES
BATISTA
HELLEN ROSE SOARES
MARQUES

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
ACC

CAT. CNH
B

REGISTRO
07070742430

VALIDADEZ
13/06/2019

RENOVAÇÃO
13/06/2018

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
13/06/2018

37528253499
P3318991962

PIAUI

PROIBIDO PLASTIFICAR
1650290391



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.177.474/0001-06 - I.E. 199449574
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos, Cep 64089-040
Teresina - PI - 0800 223 2000 ou 155 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA

23756837-3

FATURA Nº

150154494

MÊS/ANO

1/2020

NOME/ENDEREÇO

MORADOR NELLE ROZE SOARES MARQUES

AVE ANTONIO OLIVEIRA, 00462 - GURUPI - TERESINA - PI - CEP: 64091400

LOCALIZAÇÃO

007-00002-001800

GRUPO

007

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

A16F162496

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO TIPO

12/2019 Lido

11/2019 Lido

10/2019 Lido

09/2019 Lido

08/2019 Lido

07/2019 Lido

LIDO

25

25

24

41

18

22

FATURADO

25

25

24

41

18

22

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA

10/12/2019

LEITURA

1156

ANTERIOR

10/01/2020

1178

ATUAL

10/01/2020

1178

CONSUMO MÊS M3

22

LIT 18,74 LITROS

PIS, PASSEI, 20% - 68% = 1,40

COPINS 99,20*7,68% = 7,60

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0	0 - 10 3,0000 00
1	11 - 20 5,9120 00
2	21 - 30 9,8240 00
3	31 - 40 13,7360 00
4	41 - 50 17,6480 00
5	51 - 60 21,5600 00
6	61 - 70 25,4720 00
7	71 - 80 29,3840 00
8	81 - 90 33,2960 00
9	91 - 100 37,2080 00

NÃO RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0	0 - 10 3,0000 00
1	11 - 20 5,9120 00
2	21 - 30 9,8240 00
3	31 - 40 13,7360 00
4	41 - 50 17,6480 00
5	51 - 60 21,5600 00
6	61 - 70 25,4720 00
7	71 - 80 29,3840 00
8	81 - 90 33,2960 00
9	91 - 100 37,2080 00

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	VALOR REFERENTE AGUA - R\$	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 99,20	99,20	99,20
> Residencial-Normal	22,0 m3	99,20

VENCIMENTO

22/01/2020

TOTAL A PAGAR

99,20

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

AVISO

A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/96, Art. 8º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2994	2988	6	1,33	0,2-5,0 mg/L
COR-APARENTE	3255	3238	17	4,42	Inferior a 15
PH	2127	2142	35	6,81	6,00-9,50
TURBIDIZ	3258	3230	28	1,21	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1371	1371	0	Ausencia	Ausente
	1371	1371	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 10/01/2020

HORA DA EMISSÃO: 08:55



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610294378300000012024691

Número do documento: 20102610294378300000012024691



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2731866 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/10/2019

NOME FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO RAIMUNDA FERNANDES DO NASCIMENTO
RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO

NATURALIDADE TERESINA - PI DATA DE NASCIMENTO 22/09/1990

BCC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO 185584 L 214 F 423
EXP. TERESINA - PI 26/11/1990

GPF 040.853.583-08

ASSINADO POR: *[Assinatura]* **Francisco das Chagas Pinheiro Maranhão**
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

VALID

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

Francisca Alane Fernandes do Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE





Em caso de dúvida em algum lançamento em seu extrato mensal, ligue para nossa Central de Atendimento.

ATENDIMENTO A ASSOCIADOS

4020-1234 0800-707-1234 0800-591-2019
Imperatriz e capitais Demais Localidades Ovidória

Atendimento 24 horas

MELHORES DIAS PARA COMPRA
28 A 09

LIMITES DE CRÉDITO

PARCELADO = R\$ 3.795,00

ROTATIVO = R\$ 2.530,00

* O limite parcelado é composto do limite ROTATIVO acrescido de 50%. Este aumento é de uso exclusivo para compras PARCELADAS.

ENCARGOS

NO PERÍODO:

9,91 a.m.

MÁXIMOS PARA O PRÓXIMO

PERÍODO:

10,91 a.m.

INDICOU, GANHOU!

Indique o cartão Credi-Shop a seus amigos e ganhe um brinde no preenchimento da proposta!

Seu código é: TQY1D

Associado		Número do Cartão		Vencimento	
FRANCISCA ALANE FERNANDES DO		6031 36** **** 0140		10.01.2020	
Saldo Anterior	Créditos	Saldo restante	Débitos	Saldo Atual	Pagto Mínimo
1.172,60	- 1.172,60	= 0,00	+ 1.668,90	= R\$ 1.668,90	1.370,00
OBRIGADO PELO PAGAMENTO DE R\$ 1.172,60					
DEMONSTRATIVO DE LANÇAMENTOS					
Saldo Anterior				CRÉDITO	DÉBITO
01 - FRANCISCA NASCIMENTO					1.172,60
0140	13.06.2019	Byte - 20	Parcela 07/10		79,80
0140	14.08.2019	Fh Motos Peças	Parcela 04/04		48,25
0140	17.09.2019	Paraiso Baby Kids	Parcela 04/05		55,60
0140	22.09.2019	Armazém Paraíba - TES	Parcela 04/06		54,66
0140	18.10.2019	Casas Sampaio - Sete de Setembro	Parcela 03/03		299,68
0140	29.10.2019	O Boticário - Simplicio Mendes	Parcela 02/03		48,74
0140	29.10.2019	Belissima	Parcela 02/03		38,11
0140	31.10.2019	Iap Cosméticos - 40	Parcela 02/02		31,17
0140	29.11.2019	O Boticário - Simplicio Mendes	Parcela 01/02		40,90
0140	29.11.2019	Mix Mateus - 60	Parcela 01/03		169,44
0140	01.12.2019	Lider Mercantil			28,14
0140	03.12.2019	Posto São Raimundo - 02			44,98
0140	03.12.2019	Teresina Self-Service			29,00
0140	03.12.2019	Shoppinho das Crianças	Parcela 01/02		62,50
0140	04.12.2019	Rei das Motos	Parcela 01/03		66,66
0140	07.12.2019	Tem Oca			38,00
0140	09.12.2019	Pagamento		172,60	
0140	09.12.2019	Pagamento		1.000,00	

Composição dos Encargos: Custos do financiamento/garantia/administração financeira: 9,91% a.m.

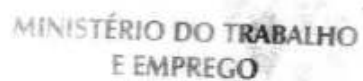
BANCO DO BRASIL		001-9	FICHA DE CAIXA	RECIBO DO CLIENTE	
NOME DO BENEFICIÁRIO	CNPJ DO BENEFICIÁRIO	VENCIMENTO	Nº CARTÃO ASSOCIADO	6031 36** **** 0140	
CREDI-SHOP S/A	62.895.230/0001-13	10.01.2020	N/Nº	FRANCISCA ALANE FERNANDES	
TELEFONE PARA CONTATO	NÚMERO	DATA DO DOCUMENTO	VENCIMENTO	31765980004379734	
3434-7 / 006772-5	31765980004379734	23.01.2020	SALDO ATUAL	1.668,90	
PLANO DO DOCUMENTO	SOLUÇÃO DO DOCUMENTO	VALOR PAGO	PAGAMENTO MÍNIMO	1.370,00	
23161168130	1.668,90				
			VALOR PAGO R\$		
			Autenticação Mecânica no Verso		

BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03176.598005 04379.734173 1 00000000000000		
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU LOJAS DO PARAÍBA MESMO APÓS O VENCIMENTO					
CREDI-SHOP S/A - Administradora de Cartões de Crédito			CNPJ DO BENEFICIÁRIO	3434-7 / 006772-5	
DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO CARTÃO	ESPECIE CARTÃO	ACEITE	DATA DO PREENCHIMENTO	NÚMERO NÚMERO
23.01.2020	6031 36** **** 0140	N		28.12.2019	31765980004379734
CARTÃO	QUANTIDADE	VALOR			(R) VALOR DO DOCUMENTO
17					1.668,90
OBSERVAÇÕES					
1. PAGAMENTO MÍNIMO DE R\$ 1.370,00					
2. OS ENCARGOS DECORRENTES DO PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO DO EXTRATO SERÃO INCLuíDOS NO PRÓXIMO EXTRATO MENSAL.					
3. PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO.					
(R) VALOR COBRADO					
FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO					
R REGENERACAO, 571 - PONTO REF: PROX AO RIO POTY HOTEL					
ILHOTOS					
64014-047 TERESINA-PI					
04085358308					



Autenticação Mecânica





CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

163.02456.01-1

3607423

0050

PI

Farmersco Wellington Silverstone

ASSINATURA DO TITULAR





FRANCISCO WELLINGTON SILVA SANTOS

FILIAÇÃO.....: MAURO PEREIRA DOS SANTOS FILHO
FRANCISCA DIAS DA SILVA

NASCIMENTO.....: 18/08/1997 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: TERESINA - PI

DOCUMENTO.....: R.G. 3903443 SSP PI 24/09/2015

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 072.152.913-59 CNH.....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PI - 20/01/2016

Paulo Henrique de Almeida Melo

ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE



MATRICULA 24162825-3 FATURA Nº 150216635
MÊS/ANO 1/2020

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARIA SOCORRO GONCALVES
RUA PROJ QUATRO LOT PARO
ESPLANADA, 0-006-CASA-007-ESPLANADA-TERESINA-PI-cep: 99999999

LOCALIZAÇÃO 011-00001-005900 GRUPO 011 NÚMERO DO HORÓMETRO A05N265087

HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS / ANO TIPO LIDO FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
12/2019 Média 02 10	1 Residencial - Normal
11/2019 Média 00 10	
10/2019 Média 00 10	
09/2019 Média 00 10	
08/2019 Média 00 10	
07/2019 Média 00 10	

CONSUMO MÊS M3 10
LIT 127412012
PIS-PASEP (13,76*1,65% = 0,23)
COPINS (13,76*7,50% = 1,04)

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	DESCRIÇÃO VALOR REFERENTE AGUA - 13,45 > Resid social-Normal 10,0 m3 13,45 Juros POR ATRASO 001/001 0,04 Multa POR ATRASO 001/001 0,27
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	

VENCIMENTO 28/01/2020 TOTAL A PAGAR 13,76

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
A VIOLAÇÃO DO CORTE / AUTO RELIGAÇÃO PELO CONSUMIDOR E PASSÍVEL DE
MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

NOTIFICAÇÃO
- Caso não seja pago o vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços.
- Conforme Lei Federal nº 11.448/2007, Art. 40 inciso V e nº 5.987/95, Art. 6º §3º inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2994	2988	6	1,33	0,2-5,0 mg/l
COR APARENTE	3255	3238	17	4,47	Inferior a 15
PH	2177	2142	35	6,81	6,00-9,50
TURBIDEZ	3258	3230	28	1,21	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1371	1371	0	Ausencia	Ausente
	1371	1371	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 16/01/2020 HORA DA EMISSÃO: 09:16

I 43,340 20200116091647

MATRICULA 24162825-3 FATURA Nº 150216635
MÊS/ANO 1/2020

VENCIMENTO 28/01/2020 VALOR A PAGAR 13,76

8262000000-6 13761535000-6 0070~015021 1 66350100104-9



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



0476283

Nelte Roze Soares Marques

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CERT. NASC. 529 I. 03/F 141
EXP. CRATEUS-CE 25/09/18

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83







**CLÍNICA
MACHADO**

RELATÓRIO MÉDICO

Seclinsma, que chegando socorro
foi vítima de acidente de
trânsito, fato ocorrido em 3/03/19
às 21:04hs, tendo sofrido forte trauma
e lesões causadas com fraturas
exposta e ribeiras direita, quando
cirurgicamente através de osteotomia
se corrigiu com placa e parafusos
na coxa de tração definitiva, relato
com sequelas: perda osseas e
muscular, atrofia, fortes dores,
limitação dos movimentos, com
sensação de encurtamento do
membro atingido. Com correção
cirúrgica de 95%

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Edimar

15.06.2020

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgia
CRM: 1584-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-Pi

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



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 0800 0221204 ou 0800 0221206 (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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roge Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Socorro Gonçalves inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.492.603/22 do sinistro de DPVAT cobertura TDA da Vítima Maria Socorro Gonçalves inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.492.603/22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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 24 de Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(86) 99534-6565</u>		

Teresina, 23 de Janeiro de 2020
Local e Data

Nelle Roge Soares Marques
Assinatura do Declarante

V001/2017

energi
ENERGIA

Para obter
o código de barras
www.energi.com.br

SEU CÓDIGO

0051869-7

EQUATORIAL PAU DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro Sul - Teresina-PI
CNPJ: 08.847.748/0001-89 - Ins. Estadual: 19.201.382-9
Nota Fiscal: 0051869-7
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ/PA-98

Nº da Nota Fiscal: 033253861

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

CONTA MÊS
VENCIMENTO
JANEIRO/2020 30/01/2020

CONSUMO (kWh) 217
TOTAL A PAGAR (R\$) 217,42

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

DADOS DA LEITURA

Atual: 22589
Anterior: 22372
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo Médio: 217
Consumo Faturado: 217

ROT: 17.001.30.14.045400

DADOS DA LEITURA

Atual: 23/01/2020
Anterior: 24/12/2019
Próxima Leitura: 21/02/2020
Emissão: 22/01/2020
Apresentação: 23/01/2020
Dias de Consumo: 30

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Irregularidade: FCAM

Classe/Subclasse

COMERCIAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Ligação: MONO
Número Medidor: A1418740
Posto:

Código Fat: 3.5.3.1
Média 12 meses: 275

HISTÓRICO kWh

Mês de consumo

DEZ/19 271
NOV/19 277
OUT/19 394
SET/19 368
AGO/19 285
JUL/19 222
JUN/19 205
MAI/19 204
ABR/19 178
MAR/19 243

CONSUMO 217 A R\$ 0,897391 = 194,73
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 16,37
CORRECAO MONETARIA DA 12/19-00 0,01
CORRECAO MONETARIA IG 12/19-00 0,22
MULTA POR ATRASO DE I 12/19-00 0,41
JUROS DE MORA ATRASO 12/19-00 0,04
MULTA POR ATRASO 12/19-00 4,91
JUROS POR ATRASO 12/19-00 0,73
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,90

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 217 - R\$ 227,40

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/01/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO 36C8.516B.328B.A3B1.CE87.9772.A512.2F0E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:	39,91	Base de Cálculo:	194,73	142,15
Energia:	77,12	Alíquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	13,04	Valor do ICMS:		52,57
Encargos:	6,38	Valor do PIS:	0,71%	1,02
Tributos:	58,28	Valor do COFINS:	3,30%	4,69

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	DIC			FIC			DMIC			DICI		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03					
Realidade	0,00			0,00			0,00					

Consumo: TERESINA-MACAUBA

Período de apuração: 11/2019
RUBO: 98,08

ROT: 17.001.30.14.045400

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

0051869-7

217,42

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

01/2020

30/01/2020

Nº da Nota Fiscal: 033253861 FCAM

83640000002 9 17420017000 2 000000000051 3 86970120008 9



SEQ.: 00251 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 23/01/2020 T.ENTR.: 09
LEITURA: 22589 NORMAL TOTAL: 217,42 CARGA: 014
DT.VENC.: 30/01/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 2071



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610294378300000012024691

Número do documento: 20102610294378300000012024691

1.43.348 20200116891647 24162825-3 FATURA Nº 150216635
Mês/ANO 1/2020

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARIA SOCORRO GONCALVES

RUA PROJ QUATRO LOT PARO
ESPLANADA, Q-006-CASA-007-ESPLANADA-TERESINA-PI-cep: 99999999

LOCALIZAÇÃO
011-00001-005900 GRUPO 011 NÚMERO DO HEDRÔMETRO A05N265087

HISTÓRICO DE CONSUMO	TIPO	LIDO	FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
12/2019	Resid	02	10	1 Residencial - Normal
01/2020	Resid	00	10	
02/2020	Resid	00	10	
03/2020	Resid	00	10	
04/2020	Resid	00	10	
05/2020	Resid	00	10	
06/2020	Resid	00	10	
07/2020	Resid	00	10	
08/2020	Resid	00	10	
09/2020	Resid	00	10	
10/2020	Resid	00	10	
11/2020	Resid	00	10	

DATA 13/12/2019 245
ANTERIOR
16/01/2020 245
CONSUMO MÊS M3 10
L21 127410012
PIS.PASEP 13,76x1,68% = 0,22
COPINS 13,76x7,68% = 1,04

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (M)	DESCRIÇÃO VALOR REFERENTE AGUA - 13,45 > Resid social - Normal JUROS POR ATRASO 10,00 m3 MULTA POR ATRASO 001/001 001/001
NAO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (M)	REF. VALOR 10,00 m3 13,45 001/001 0,04 001/001 0,27

VENCIMENTO 28/01/2020 TOTAL A PAGAR 13,76

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES
MENSAGEM
A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE
MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

NOTIFICACAO
O não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços.
CNPJ 27.557.476/0001-06, Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos, Cep 64089-040, Teresina - PI.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLOR LITRO	2994	2988	6	1,33	0,2-5,0 mg/l
OPACIDADE	3255	3238	17	4,47	Inferior a 15
PH	7,177	2142	35	6,81	6,00-9,50
CONDUTIVIDADE	3258	3230	28	1,21	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
BACTÉRIAS COL	1371	1371	0	Ausencia	Ausente
	1371	1371	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO 16/01/2020 HORA DA EMISSÃO 09:16

24162825-3 FATURA Nº 150216635
Mês/ANO 1/2020

VENCIMENTO 28/01/2020 VALOR A PAGAR 13,76



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0029 CONTA: 37634 5 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

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

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

do Representante Legal (se houver)

do Representante Legal (se houver)



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do P	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>
Exame Físico	23 Glasgow		24 Sinais vitais		25 Local da lesão
	1 - Nenhuma 2 - À dor 3 - À voz 4 - Espontânea ABERTURA OCULAR 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		Pulso <input type="checkbox"/> Resp. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TAX <input type="checkbox"/> SatO2 <input type="checkbox"/>
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		29 Dor 30 Fratura		1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados		32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada
	1 - Sim 2 - Não Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>		34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>		1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado
Observações Interdisciplinar	35 Observações				
	36 Observações				
Assinaturas					
Responsável pela recepção		Socorristas		Enfermeiro	
		Médico		Condutor	
		ACTC			

São: 27.11.2011



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012560/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/12/2019 10:31 Data/Hora Fim: 09/12/2019 10:46
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 31/03/2019 19:30

574271

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: BR 316

Bairro: Santo Antônio

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO POSTO DA POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO WELLINGTON SILVA SANTOS (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PI - Teresina	Sexo: Masculino	Nasc: 18/08/1997
Profissão: Autônomo		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Francisca Dias da Silva		Nome do Pai: Mauro Pereira dos Santos Filho	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 072.152.913-59

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: Q-06 C-07
Complemento: PARQUE DAS ESPLANADAS
Bairro: ESPLANADA

Vínculo	Envolvido(a)	Tempo da Relação
Neto(a)	Maria do Socorro Gonçalves	0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: MARIA DO SOCORRO GONÇALVES (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PI - Castelo do Piauí	Sexo: Feminino	Nasc: 03/02/1948
Profissão: Do Lar		Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Urçula Simão de Sousa		Nome do Pai: José Gonçalves Moreira	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014.492.603-22

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: Q-06 C-07
Complemento: RES. ESPLANADA
Bairro: ESPLANADA

Delegado de Polícia Civil Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 09/12/2019 10:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 012560/2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição NÃO IDENTIFICADO

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE A VITIMA ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PEDESTRE E QUE CAMINHAVA PELA VIA CITADA, MOMENTO EM QUE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE TRAFEGAVA PELA MESMA VIA ATROPELOU A MESMA, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU (5001) E LEVADA PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT, CONFORME PRONTUÁRIO 507143. É O REGISTRO. O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT.

ASSINATURAS

Jerônimo Soares Lima Junior

Agente de Polícia

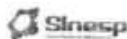
Município 0094781

Responsável pelo Atendimento

Francisco Wellington Silva Santos

(Comunicante)

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



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 09/12/2019 10:48
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610294378300000012024691>

Número do documento: 20102610294378300000012024691

Num. 12711219 - Pág. 73

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

014.492.603-22

maria Socorro Gonçalves

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

5 - Nome completo:

maria Socorro Gonçalves

6 - CPF:

014.492.603-22

7 - Profissão:

Aposentada

8 - Endereço:

Rua Pray Quato

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Set. Pq. Esplanada

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64000-000

15 - E-mail:

eduardosilva20@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(86) 99534-6545

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0029

CONTA:

37634

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34



35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

072.152.913-59

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Francisco Wellington Silva Santos

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

38 - 1ª | Nome: Heliane Marques Batista

CPF: 059.997.763-05

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Francisco Alan Fernandes

CPF: 040.853.583-08

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 23/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

io Representante Legal (se houver)





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, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200039630

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

Data do Acidente: 31/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA SOCORRO GONCALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MARIA SOCORRO GONCALVES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **0000037634-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200039630

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

Data do Acidente: 31/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA SOCORRO GONCALVES

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: **MARIA SOCORRO GONCALVES**

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

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **0000037634-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

a do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200039630 Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

Data do Acidente: 31/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA SOCORRO GONCALVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00623/00624 - carta_03 - INVALIDEZ

00050312



Carta nº 15423939





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, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200039630

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

Data do Acidente: 31/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA SOCORRO GONCALVES

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 15412871



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033433/20

Número do Sinistro: 3200039630

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

CPF: 014.492.603-22

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA SOCORRO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/06/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033433/20

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

CPF: 014.492.603-22

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA SOCORRO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MARIA SOCORRO GONCALVES : 014.492.603-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Maria Socorro Gonçalves
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: solteira
 Profissão: apresentadora
 RG 2046657 CPF/MF nº: 01449260322 Residente e domiciliado
 (a): Rua pug quatro Bairro: Lot parque
 Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64.000000
 Telefone: _____

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Nelle Roze Soares Moniques
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: solteira
 Profissão: advogada CI/RG nº: 4.119.202
 CPF/MF nº: 84017317391 Residente e domiciliado (a): Rua
24 de janeiro Bairro: centro norte
 Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64.000.235
 Telefone: (86) 995346505

Pessoa de confiança

Nome: Francisco Wellington Silva Santos
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: solteiro
 Profissão: auto-nômo CI/RG nº: 3.703.443
 CPF/MF nº: 072.152.91359 Residente e domiciliado (a): Rua
projetada quatro Bairro: Lot park
 Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64.000000
 Telefone: _____

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo eu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar - me perante a **Seguradora Líder de Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório, fazer requerimento e recebimento hospitalar: HUT, HPM e UPA - DPVAT, a que tenho direito, concebendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo de IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim, assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; do qual figura como vítima,
Maria Socorro Gonçalves

Local: Teresina UF: PI Data 23 de 01 de 2020

Francisco Wellington Silva Santos

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)

TESTEMUNHAS

1º NOME Weslêiane Marques Batista

CPF: 059.497.763-05

Weslêiane Marques Batista

ASSINATURA

TESTEMUNHAS

2º NOME Francisco Alon Fernandes
do nascimento

CPF: 040.853.583-08

Francisco Alon Fernandes
do nascimento

ASSINATURA

COBERTURA: INVALIDEZ (☒) DAMS () MORTE ()

ACIDENTE: Invalidez

ARTIGO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 CONSULTE O SELO
 DIGITAL

Cartório Theresocles Sampaio
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 José Hamilton A. Cardoso
 Escrevente Autorizado
 Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Rua Lúcio de Almeida, 122 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina - PI - Fone: (86) 322-4100 - E-mail: theresocles@terecartorio.com.br
 Cartório e Autenticidade - Escrituras de Sampaio (Pessoa)

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO WELINGTON SILVA SANTOS, DOU ZE EM TEST. DA VERDADE, Teresina-PI, 23/01/2020. Selo: AAR96938-YBHN www.tjpi.jus.br/portalesta
 José Hamilton Alves Cardoso - Escrevente Autorizado
 En013.85-TJ:0.77 FNP/PI:0.10 Selo: 0.26 Total: 4.98 - OP:34
 PROCURAÇÃO PARTICULAR



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033433/20

Número do Sinistro: 3200039630

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

CPF: 014.492.603-22

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/03/2019

Titular do CPF: MARIA SOCORRO GONCALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MARIA SOCORRO GONCALVES : 014.492.603-22

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/02/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO). DEMAIS, CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME @P1) DR. EDIMAR MACHADO DA SILVA CRM 1584 PI DATA 15/06/2020.
VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, PAGAMENTO COMPLEMENTAR PARA
GRAU INTENSO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO). DEMAIS, CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO). DEMAIS, CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA SOCORRO GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000037634-5

Nr. da Autenticação AAB3742CF2415970



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA SOCORRO GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000037634-5

Nr. da Autenticação 0523009E3DCE1967

