



Número: **0801244-73.2018.8.18.0049**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Cível da Comarca de Valença do Piauí**

Última distribuição : **19/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.475,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
TERESINHA BARBOSA DA SILVA (AUTOR)	LUCIANO DE CARVALHO E SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
21837 29	19/05/2018 16:26	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
21837 31	19/05/2018 16:26	<u>procuração e documentos</u>	Procuração
21837 32	19/05/2018 16:26	<u>documentos</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
21837 33	19/05/2018 16:26	<u>prontuário médico</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
21837 35	19/05/2018 16:26	<u>sinistro</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
21837 36	19/05/2018 16:26	<u>tabela</u>	Documentos

CELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUÍZ DE DIREITO DA COMARCA DE
LENÇA DO PIAUÍ, ESTADO DO PIAUÍ.

NISTRO: 3160192142

ATUREZA: INVALIDEZ

TERESINHA BARBOSA DA SILVA, brasileira, casada, lavradora, inscrito no CPF n. 687.788.133-87 e RG n° 884.199 SSP/PI, residente e domiciliado na Rua José Manoel eira, n° 408, Bairro Gil Marques, Novo Oriente (PI), CEP 64530-000, vem por intermédio de advogado, “in fine” assinado, conforme instrumento procuratório em anexo, vem, peitosamente, a presença de Vossa Excelência, propor:

AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE SEGURO DPVAT



face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** pessoa
ídica de direito privado regularmente conveniada junto à Superintendência de Seguros
vados – SUSEP, CNPJ nº. 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, 74, 5º
dar, centro, Rio De Janeiro/RJ, CEP 20031205, pelas razões de fato e de Direito a seguir
iculadas:

A GRATUIDADE JUDICIÁRIA

Requer, desde já, o Demandante, a concessão do benefício da gratuidade judiciária, pois
o possui condições de arcar com o encargo financeiro porventura gerado nesta relação
cessual, com base no Art. 4º da Lei 1.060/50.

OS FATOS

O requerente foi vítima de um acidente de trânsito em 11/05/2015, por volta das
h15min, quando trafegava na via pública sobredita Rua José Manoel Vieira, em determinado
cho da via foi atropelada por uma motocicleta não identificada, conduzida pelo um condutor
não é desconhecido, que o mesmo empreendeu em fuga do local do acidente sem prestar
corro a requerente, conforme registro do **boletim de ocorrência nº 693/2015** anexo.

Em decorrência deste acidente de transito resultou em enfermidades incuráveis e
formidades permanentes, consoante registro de ocorrência do Serviço de Pronto Socorro do
Hospital Regional Eustáquio Portela – HRESP e prontuário médico do Hospital Getúlio Vargas –
GV em anexo.

Como consequência do trágico acidente, o beneficiário teve as seguintes lesões:
1) LITRAUMATIZADO 1) trauma torácica com dor/algia; 2) trauma em membro inferior
direito MID – joelho direito; 3) trauma em região frontal com suspeita de fratura do terço
distal do fêmur direito - MID; 4) escoriações múltiplas pelo corpo; o requerente apresentou
redução da capacidade funcional conforme laudos médicos em anexo.

Com base nisso, requereu a indenização do seguro DPVAT, conforme art. 3º alínea
” da lei 6.194/74, que determina o pagamento de R\$ 11.475,00, no caso em tela, ocasião em
que enviou todos os documentos necessários para a seguradora Requerida, conforme tabela em
anexo.

Todavia, não obstante a seguradora tenha constatado e reconhecido à invalidez
corrente do acidente narrado, **O PROMOVENTE NÃO FOI INDENIZADO**, conforme
dado de indenização, portanto, razão pela qual é o presente para pleitear o valor fixado pela Lei
6.194/74, existente entre o valor recebido e o devido. Contudo, não há falar em prescrição, vez de



o ter ocorrido o pagamento parcial via administrativo, o que, interrompe o aludido prazo, litando o mesmo a correr.

É, em síntese, o relatório dos fatos.

II DIREITO

A APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR E DO FORO COMPETENTE

O presente caso, indubitavelmente, é regido pelo Código de Defesa do Consumidor, isto é, este, em seu artigo 3º, § 2º, rotula serviço como sendo “qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, INCLUSIVE AS DE NATUREZA BANCÁRIA, FINANCEIRA, DE CRÉDITO E SECURITÁRIA, salvo as decorrentes de caráter trabalhistas”.

Assim sendo, as ações em que o consumidor pretende atribuir à responsabilidade civil fornecedor de produtos e serviços, poderão ser propostas no domicílio do autor, até mesmo para exercer a garantia da facilitação da defesa dos seus direitos, consoante o artigo 101, inciso I, artigo 6º, VIII, do CDC, veja-o:

"Art. 101. Na ação de responsabilidade civil do fornecedor de produtos e serviços, sem prejuízo do disposto nos Capítulos I e II deste título, serão observadas as seguintes normas:

I - a ação pode ser proposta no domicílio do autor";

"Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências".

Deste modo, como as atividades securitárias sujeitam-se às normas protetivas do CDC, quer o autor, o recebimento da presente ação e o seu devido processamento perante este competível Juízo.

A LEGITIMIDADE PASSIVA



A Requerida é Seguradora regularmente conveniada junto à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, sob o Código FIP nº 05690, logo, encontra-se legalmente obrigada a cumprir os termos estipulados para operar junto ao seguro DPVAT.

Determina o Art. 5º, § 4º, da Resolução nº 109/2004, que se encontra atualmente em vigor, o seguinte, *in verbis*:

“Art. 5º Para operar no seguro DPVAT, as sociedades seguradoras deverão aderir, simultaneamente, aos dois convênios específicos, um englobando as categorias 1, 2, 9 e 10 e o outro, as categorias 3 e 4.

(...)

§4º Os convênios de que trata o “caput” deste artigo deverão estipular que qualquer uma das sociedades seguradoras se obriga a pagar a devida indenização pelas reclamações que lhe forem apresentadas.

A Requerida em comento, ante o princípio da solidariedade que se evidencia claramente da transcrição do artigo supra, está legitimada para figurar no polo passivo da presente manda.

Demonstrando mais claramente o princípio da solidariedade, prevê o Art. 7º, “caput”, Lei nº 6.194/74, o seguinte, *in verbis*:

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

Nesse sentido, é o pacífico entendimento jurisprudencial, vejamos:

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO QUE NÃO LOGRA INFIRMAR OS FUNDAMENTOS DA DECISÃO AGRAVADA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. LEGITIMIDADE PASSIVA. SEGURADORA. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA N.211/STJ. MATÉRIA CONSTITUCIONAL. IMPOSSIBILIDADE DE EXAME NA VIA DO RECURSO ESPECIAL. 1. Mantém-se na íntegra a decisão recorrida cujos fundamentos não foram infirmados. 2. Qualquer seguradora que opera no sistema pode ser açãoada para pagar o valor da indenização correspondente ao seguro obrigatório, assegurado o direito de regresso. Precedentes. (...) 6. Agravo regimental



improvado.” (Agrg no Ag 870.091/RJ, Rel. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, QUARTA TURMA, julgado em 20/11/2007, DJ 11/02/2008 p. 106). V – VALORES PAGOS A MENOR DO SEGURO DPVAT: Como é sabido, por determinação legal, todo proprietário de veículo automotor deve arcar com um seguro obrigatório, denominado DPVAT, como forma de indenizar as vítimas de acidentes de trânsito, independentemente da existência de culpa ou mesmo da identificação do veículo envolvido no acidente.

Ocorre, no entanto, que a despeito de ser límpido o direito do autor, notadamente porque houve o reconhecimento administrativo da invalidez pela própria seguradora, o autor recebeu um valor muito inferior ao que deveria, por direito, ter recebido, ensejando, por via líqua, o enriquecimento sem causa da seguradora Ré, bem como lesão aos mais comezinhos princípios do direito.

Destarte, uma lesão que compromete a vida do autor, tolhendo a sua capacidade operativa, e trazendo sequelas permanentes não só físicas, como também psicológicas, deve receber, a título de indenização pelo seguro obrigatório DPVAT, conforme tabela:

Indenização devida = R\$ 11.475,00

Indenização recebida = R\$ 0,00

Diferença/valor exigido = R\$ 11.475,00

Desse modo, em vista da recusa da seguradora em pagar a indenização integral pelo sinistro, muito embora tenha reconhecido na via administrativa a invalidez, não restou outra alternativa senão acionar este Poder Judiciário para que imponha a seguradora a obrigação de garantir a complementação da sua indenização, correspondendo ao remanescente a ser devidamente integralizado até o efetivo pagamento, acrescidos correção monetária, desde a data do sinistro, conforme determina o E. Superior Tribunal de Justiça, a teor do Resp 788.712/RS, e de juros remuneratórios a partir da citação da seguradora, a teor do 1085564/SP.

EXIBIÇÃO DE DOCUMENTOS

Com base na narração fática supra, bem como na documentação probatória trazida a postos, conclui-se, incontestavelmente, que o promovente preencheu todos os requisitos necessários para que tivesse direito a indenização securitária.

Aduz o Art. 355, do Código de Processo Civil, o seguinte:

Art. 355 - O juiz pode ordenar que a parte exiba documento ou coisa, que se ache em seu poder.



Art. 358 - O juiz não admitirá a recusa:

- I - se o requerido tiver obrigação legal de exibir;
- III - se o documento, por seu conteúdo, for comum às partes.

Dessa forma, como forma de dirimir todas as eventuais dúvidas que norteiem a presente queixa, requer se digne Vossa Excelência determinar que a promovida EXIBA TODOS OS DOCUMENTOS APRESENTADOS NO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO DE REQUERIMENTO DA INDENIZAÇÃO DO REQUERENTE, ressaltando-se que o presente não redunda em nenhum ônus a promovida, haja vista que a mesma possui livre e estrito acesso ao sistema MEGADATA DE COMPUTAÇÃO, sob pena de multa diária no valor de 01 (um) salário mínimo mensal.

OS PEDIDOS

EX POSITIS, o autor requer se digne Vossa Excelência:

- a) Requer a gratuidade da Justiça, posto que não possui condições de arcar com as despesas do processo, sem prejuízo de seu sustento e dos familiares.
- b) Que seja a Requerida citado, pelos Correios, via AR, para, querendo, apresentar contestação;
- c) Que seja aplicado o Código de Defesa do Consumidor na presente demanda, visto tratar-se indiscutivelmente de relação de consumo;
- d) Determinar que a Requerida EXIBA todos os documentos apresentados quando do requerimento administrativo da indenização, sob pena de multa diária no valor de 01 (UM) salário mínimo mensal;
- e) Em caso de Vossa Excelência não entender cabível o pedido retro, requer, desde logo, a inversão do ônus da prova nos termos do artigo 6º, inc. VIII, do CDC, de modo que fique a responsabilidade da seguradora em provar a inocorrência dos fatos aqui alegados;
- f) **O JULGAMENTO INTEIRAMENTE PROCEDENTE** da presente manda, de modo que seja condenada a seguradora Requerida ao pagamento do seguro obrigatório determinado pela lei, equivalente a **R\$ 11.475,00 (onze mil, quatrocentos e setenta e cinco reais)**, pelas lesões e traumas sofridos pela beneficiária, valor este a ser devidamente atualizado até o efetivo pagamento, uma vez que não foi indenizada, acrescidos de correção monetária, desde a data do sinistro, conforme determina o E. Superior Tribunal de Justiça, a teor



Resp. 788.712/RS, e de juros moratórios a partir da citação da seguradora, a teor do 85564/SP;

g) A condenação da seguradora nas custas processuais, bem como honorários vocatícios no montante de 20% (vinte por cento) do valor da condenação.

Ademais, requer a este Douto Juízo que toda e qualquer notificação/intimação referente à presente demanda seja feita em nome do subscritor desta peça Exordial, **LUCIANO DE CARVALHO E SILVA – OAB/PI 10.014 – OAB/MA 14.693-A.**

Dá-se a causa o valor de R\$ 11.475,00 (onze mil, quatrocentos e setenta e cinco reais).

Nesses termos,

Pede deferimento.

Valença do Piauí (PI), 19 de maio de 2018.

LUCIANO DE CARVALHO E SILVA

ADVOGADO

OAB-PI 10.014/OAB-MA 14.693-A



“PROCURAÇÃO”AD-JUDICIA ET EXTRA”

OUTORGANTE: TERESINHA BARBOSA DE SILVA, brasileira, ESTADO CIVIL: CASADA, CPF: 687.788.133-87, RG: 884.199, SSP/PI, END. R. JOSÉ MANOEL VIEIRA Nº, B. GIL MARQUES, CIDADE: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ - PI , CEP: 64.530-000.

OUTORGADOS: LUCIANO DE CARVALHO E SILVA, Advogado, OAB/PI 10.014 – OAB/MA 14.693-A, inscrito no CPF sob n. 881.413.573-87, (86) 99998-5974, lucianocarvalho.adv@gmail.com e JOÃO IGOR SOUSA LIMA, advogado, OAB/PI 11.104, com escritório profissional na Avenida Coronel Costa Araújo, n. 2355, 303 A, Bairro de Fátima, CEP n. 64049-460, Teresina/PI.

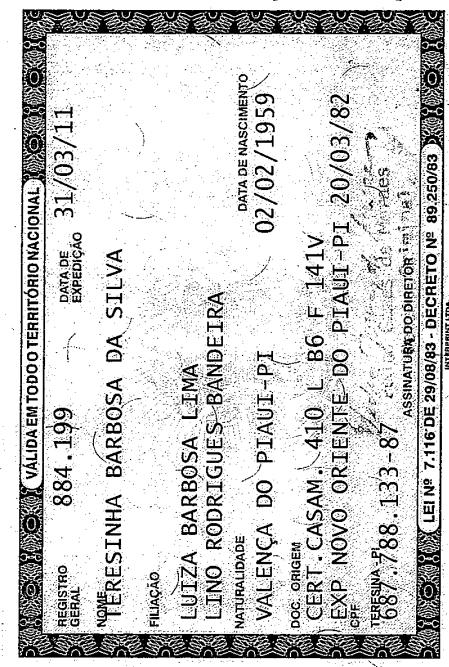
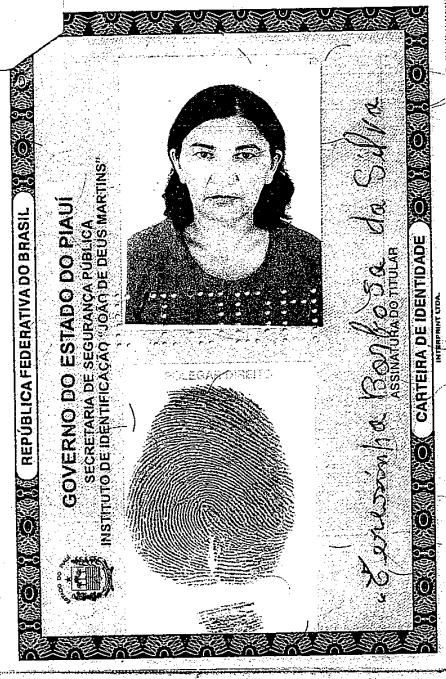
Pelo presente instrumento de procuração, nomeia(m) e constitui(em) seus bastantes procuradores, os advogados acima qualificados, a quem conferem amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula **AD-JUDICIA ET EXTRA**, a fim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos dos outorgantes em qualquer repartição Pública (Federal, Estadual ou Municipal, administrativamente, e/ou em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal) ou Privada, receber intimações, confessar, reconhecer a procedência do(s) pedido(s), renunciar ao(s) direito(s), que se funda(m) a(s) ação(ões), açãoar, desistir, transigir, transacionar, passar recibos, dar quitação, em juízo ou extrajudicialmente, sobre o(os) negócio(s) do(a) Outorgante(s) no que lhe for incumbido, podendo requerer, alegar, defender todo(s), o(s) seus direitos e justiça, em quaisquer demandas ou causas cíveis, trabalhistas ou criminais, movidas ou por mover contra o(s) outorgante(s), em que seja(m) autor(es) ou réu(s), podendo requerer citações, ajuizar ações de todas as espécies, contra quem de direito, apelar, agravar ou embargar, qualquer sentença ou despacho, assinar termo de Inventariante, partilhas amigáveis, oferecer exceções, libelo, embargos, suspeição, contraditar ou inquirir testemunhas, concordar, discordar ou impugnar cálculos, avaliações, descrição de bens, seguindo umas e outras, até final de decisão, usando todos os recursos legais em fim, incluindo também CLÁUSULA “AD NEGOTIA”, onde autoriza o OUTORGADO a fazer levantamento e valores creditados em favor do OUTORGANTE, através de alvará judicial, receber alvará em nome do próprio, RPV ou Precatório, junto ao Banco do Brasil, CEF ou qualquer instituição financeira, que façam qualquer referência aos depósitos judiciais em que o OUTORGADO atuou como patrocinador da ação, podendo ainda, receber alvará judicial, substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, pelo que reputo(amos) como bom firme e valioso.

NOVO ORIENTE DO PIAUÍ - PI, 22 de MAIO de 2017.

Outorgante: Teresinha Barbosa da Silva

Dispensado autenticação, art. 105 da Lei 13.105/15 (NCPC)







COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.749/0001-99 (Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/06/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

1399412-3

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2015	04/01/2016	61	45,97

TERESINHA BARBOSA DA SILVA
R. JOSE MANOEL VIEIRA 408 BAIRRO GIL MARQUES
CPF: 00063778813387

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA			
Atual:	1394	Atual:	24/12/2015		
Anterior:	1333	Anterior:	24/11/2015		
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/01/2016		
Consumo Medido:	61	Emissão:	24/12/2015		
Consumo Faburado:		Apresentação:	24/12/2015		
Forma de Faturamento:	61	FCAM	24/12/2015		
		Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:		
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A149111	1 1 1 1	63	
HISTÓRICO kWh/mês/ano consumo			DESCRÍPCAO DA CONTA		
NOV/15	58	CONSUMO	61 A R\$ 0,656827 =	40,06	
OUT/15	74	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,91	
SET/15	82	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	- 2,74		
AGO/15	72				
JUL/15	83				
JUN/15	87				
MAI/15	41				
ABR/15	43				
MAR/15	45				
FEV/15	47				
TARIFA SEM TRIBUTOS:	8 A 61 - 0,484870				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA, A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. Parabéns! Até o dia 14/12/2015, não constituirão faturados vencidos nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPОСІСІОВІ ТАБОЛІКИ - R\$	
Distribuição:	10,12	Báse de Cálculo:	40,06
Energia:	14,88	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	1,37	Valor do ICMS:	8,01
Encargos:	3,21	Valor do PIS:	0,44
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Límite	7,27	14,53	29,06	4,12
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00
Conjunto			Período de	EUSD:
			apuração:	
NOVO ORIENTE			10/2015	17,68



Piauí
TERESA UNIÃO

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PIMENTEIRAS-PI

DPVTH

FLS



RUA SOCORRO MARREIROS, Nº 715, BAIRRO-CENTRO-PIMENTEIRAS-PI-CEP. 64.320-000 FONE-(89) 3474-1470 (ORELHÃO)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 693/2015

REGISTRO DO ACIDENTE

Delegacia Responsável: Delegacia de Polícia Civil do Município de Pimenteiras/PI

Data e Hora da Comunicação: 12.11.2015 (quinta-feira), às 09h10min da manhã

Comunicante: TERESINHA BARBOSA DA SILVA (pedestre/vítima)

Endereço: Rua José Manoel Vieira, nº 408, Bairro Gil Marques, Cidade de Novo Oriente do Piauí/PI.

DADOS DO ACIDENTE

Data e Hora do Fato: 11.05.2015 (segunda-feira), às 19h15min da noite.

Tipo de via: Rua pavimentada (calçamento) Zona: Urbana

Local do fato: Defronte a residência da própria vítima no sobredito endereço (Rua José Manoel Vieira, bairro Gil Marques, Cidade de Novo Oriente do Piauí/PI).

Condições locais: Via simples, com pavimentação calçamento, regular estado de conservação, traçado em retilíneo, perfil plano, período noturno, boa visibilidade, tempo bom.

DADOS DA PESSOA ENVOLVIDA

Pessoa envolvida: Pedestre

Tipo: Pedestre, vítima não fatal

Comunicante/pedestre: Teresinha Barbosa da Silva

Nacionalidade: Brasileira

Natural: Valença do Piauí/PI

Profissão: Trabalhadora rural

Estado Civil: Casada

Idade: 56 Anos

Data de Nasc.: 02.02.1959

Escol.: Alfabetizada

Doc.: RG. 884.199 SSP/PI

CPF/MF: 687.788.133-87

CNH: Não habilitada

Filiação: Lino Rodrigues Bandeira e de Luiza Barbosa Lima

Endereço: Rua José Manoel Vieira, nº 408, Bairro Gil Marques, Cidade de Novo Oriente do Piauí/PI.

DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO

Veículo: Motocicleta

Marca/Modelo: não identificada

Cor:

Placa:

Município:

Chassi:

Ano fabricação:

Ano/modelo:

Cód. renavam:

Licenciamento em nome:

Condutor do Veículo: desconhecido

CPF/CNPJ:

Endereço:

Combustível:

Outras Informações: A comunicante/pedestre relatou que caminhava pela Rua José Manoel Vieira, Bairro Gil Marques, Cidade de Novo Oriente do Piauí/PI.

Local de Registro:

TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

- NÃO INFORMADO

HISTÓRICO DO ACIDENTE

Teresinha
Comunicante, pedestre/vítima



Piauí
ESTADO DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PIMENTEIRAS-PI

FLS _____



RUA SOCORRO MARREIROS, Nº 715, BAIRRO-CENTRO-PIMENTEIRAS-PI-CEP.64.320-000 FONE:(89) 3474-1470 (ORELHÃO)

Continuação do Boletim de Ocorrência nº 693/2015.....fls. 02

A comunicante/pedestre supramencionada (*Teresinha Barbosa da Silva*), acima já qualificada relatou que caminhava pela sobredita rua (*Rua José Manoel Vieira, Bairro Gil Marques, Cidade de Novo Oriente do Piauí/PI*); quando atravessa essa via, mais precisamente defronte sua própria residência no endereço acima descrito a mesma foi surpreendida e atropelada pela motocicleta não identificada que trafegava por essa via no mesmo sentido de direção; que o referido veículo (*moto não identificada*), estava sendo conduzida pelo condutor também não identificado, que empreendeu fuga do local sem prestar socorro à vítima/pedestre; que por conta do impacto com a motocicleta a mesma veio cair ao chão dessa via; que em decorrência desse atropelamento a comunicante/pedestre sofreu *trauma torácica, dor (algia), trauma em joelho direito, trauma em região frontal com suspeita de fratura do terço distal do fêmur direito de acordo com ficha de Atendimento do Serviço de Pronto Socorro do Hospital Regional Eustáquio Portela - HREP, situado na Cidade de Valença do Piauí/PI, primeiro local de atendimento do comunicante/pedestre, logo após sofrer esse acidente, conforme, cópia dessa documentação em anexo*. Disse ainda a comunicante/vítima que desse local (*do acidente*) foi levada para o sobredito Hospital Regional por conta dos ferimentos sofridos nesse corrido, onde foi atendida pelo *Dr. Helder Antônio Martins de Oliveira*, médico de plantão, sendo a mesma liberada logo em seguida. A comunicante/pedestre declarou que está fazendo o presente registro de ocorrência para que a mesma possa requerer junto a seguradora o prêmio do seguro DPVAT. Era o que tinha a certificar, o referido é verdade e dou fé. Eu, *Jodo da Cruz Moraes Mendes* – 2º Sgt. “PM”, Comandante do Gpm, que o digitei. //

Pimenteiras/PI, 12 de novembro de 2015

Teresinha Barbosa da Silva
Teresinha Barbosa da Silva
Comunicante, pedestre/vítima

Comandante do Gpm:

Jodo da Cruz Moraes Mendes
2º Sgt. PM Cmte. do Gpm
RG.: 10.3741-76/PMPI

“As informações contidas neste B.O. de AT, são de inteira responsabilidade deste Comunicante, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB)”.



Banco Postal

*** Extrato de Conta Poupança ***

Agência: 34300481-AC NOVO ORIENTE DO PIAUÍ
Terminal: 3430048003 Id.Trx: 331846
Nro Aut: 083023 Caixa : 85257850
Data : 22/02/2016 Hora : 08:30
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

57578003874 0600021
EXTRATO DE POUPANÇA PARA SIMPLES CONFERENCIA
POUPANÇA OURO

RENDIMENTOS:

SELIC igual/menor que 8,5% A.A. TR+70% da SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

AGÊNCIA: 2761-8 CONTA: 7.670-8 VAR: 51
CLIENTE: TERESINHA BARBOSA SILVA



Atendimento	09130
Data:	12/05/2015
Horas:	7:56

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT, 0
VALENCA DO PIAUI/PI

Nº AIH

IVANILDE

BOLETIM DE ADMISSÃO

76659 - TERESINHA BARBOSA DA SILVA 233 2215101306430

CASADO(A) - Sexo: FEMININO - 02/02/1959 - 56 ANOS, 3 MESES, 10 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: 007- CLINICA MEDICA - F Leito: 007/001 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 2640 - HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA
CPF:687.788.133-87 RG: 884199 SIS Prenatal: CNS:708707116801697

Endereço: JOSE EMANUEL PEREIRA, N° 0 - CEP: 64530-000 Bairro: GIL MARQUES

Cidade: 2206902- NOVO ORIENTE DO Profissão: LAVRADOR Telefone: (89) -

Pai: LINO RODRIGUES BANDEIRA Mãe: LUIZA BARBOSA LIMA

Responsavel: GRACILENE BARBOSA DA SILVA - (89) - FILHA

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

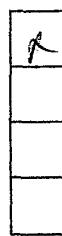
Diagnóstico Definitivo:

Adulato mto (Atm galeno)

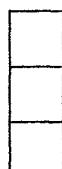
Resultado



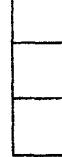
Curado



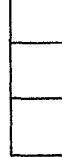
Removido



-48 Horas



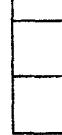
Melhorado



Pedido



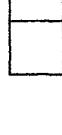
+48 Horas



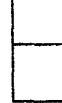
Inalterado



Evasão



Obito



Piorado

Indisciplina

Transferido

17 jun p.

História Clínica

Diagnóstico Provável

Adulato mto (Atm galeno) mame

*Dr. Helder Antônio Martins de Oliveira
Médico Geral / Neonatalogista
09130-000
12/05/2015
187.250.132-72*

HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA
Responsável pela admissão

Responsável pela alta



"TERMO DE RESPONSABILIDADE, FIANÇA E AUTORIZAÇÃO"

Atendimento
109130

Paciente
TERESINHA BARBOSA DA SILVA

Eu, abaixo qualificado,

Responsável GRACILENE BARBOSA DA SILVA	Parentesco FILHA	Telefones (89)
Paciente TERESINHA BARBOSA DA SILVA	Nascimento 02/02/1959	RG 884199
Endereço JOSE EMANOEL PEREIRA	Leito 007/001	Enfermaria 007 CLINICA MEDICA - F

Ao final firmado (a) como responsável pelo(a) paciente retroqualificado(a) autorizo por esta a melhor forma de direito, a internação hospitalar do(a) referido paciente neste HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA, sediado a AV SANTOS DUMONT, 0 de VALENCA DO PIAUÍ.

Esta autorização, representando minha livre expressa manifestação de vontade, inclui internação hospitalar, tratamento clínico ou cirúrgico, realização de exames e prova complementares, invasivas ou não, hemoterapia e tudo mais que se fizer necessário para o tratamento do(a) paciente.

Declaro para os devidos fins que, NO CASO DO PACIENTE POSSUIR CONVÊNIO MÉDICO, estou ciente de que para ter direito a cobertura do custo do tratamento, HÁ NECESSIDADE DE EXPRESSA AUTORIZAÇÃO da empresa (Convênio) SUS

Declaro que, em caso de optar por acomodação de nível superior ao estipulado pelo convênio, assumo a diferença de acomodação e de honorários médicos conforme tabela AMB.

Declaro, ainda, estar ciente de que a ausência de autorização, SEJA QUAL FOR O MOTIVO, impede o hospital efetuar cobrança de quaisquer valores do convênio médico.

Assim, ASSUMO, PERANTE O HOSPITAL, TOTAL RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS DECORRENTES DO ATENDIMENTO MÉDICO FORNECIDO AO PACIENTE ACIMA CITADO, CASO O CONVÊNIO NÃO FORNEÇA A INDISPENSÁVEL AUTORIZAÇÃO, sendo certo que, nesta hipótese, os valores corresponderão aqueles praticados pelo próprio convênio em idêntica situação, ressaltando-se também o direito de solicitar a transferência do paciente caso seu estado de saúde o permita, arcando apenas com o custo do tratamento efetivamente fornecido.

Declaro para os devidos fins que, no caso do(a) paciente não possuir convênio, a internação se torna particular, aceito os valores da tabela particular praticada pelo Hospital, conforme cópia que me é apresentada neste ato. Concordo também que as contas serão fechadas e apresentadas a cada 3 (três) dias, e abatidas do valor pago antecipadamente, por ocasião da internação, sendo certo que quando a mesma atingir 70% (setenta por cento) do valor pago antecipadamente, farei novos pagamentos quantos forem necessários.

VALENCA DO PIAUI, 12 de maio de 2015


GRACILENE BARBOSA DA SILVA

Testemunha

Nome: _____
RG: _____

Testemunha

Nome: _____
RG: _____



MS-DATASUS
VERSÃO: 10.50

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
HÓSPITAL REGIONAL EUSTAQUIO PORTELA
ESPELHO DA AIH

PAG.: 12
DATA: 10/06/2015

O.E: E220000001 ESFERA: PÚBLICO APRESENTAÇÃO: 06 / 2015

Num AIH: 221510130643-0 Situação: EXPORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 06/2015 Data Autorização: 12 / 05 / 2015

Especialidade: 03 - CLINICOS Orgão Emissor: E220000001 CRC: 0\$9C97527B Enfermaria: 007 Leito: 001
Doc autorizador: 203833888690005 Doc med resp: 190081599050007 Doc diretor clínico: 170194469980001 Doc médico solic: 190081599050007
CNES: 2777789 - HOSPITAL REGIONAL EUSTAQUIO PORTELA CNS: 70870711680169-7

Paciente: TERESINHA BARBOSA DA SILVA Prontuário: 76659

Data Nasc.: 02 / 02 / 1959 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 884199

Responsável pac.: GRACILENE BARBOSA DA SILVA Nome da Mãe: LUIZA BARBOSA LIMA
Endereço: RUA JOSE EMANOEL PEREIRA 0 Bairro: GIL MARQUES Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APlica/
Município: 220690 - NOVO ORIENTE DO PIAUI UF: PI CEP: 64530-000 Telefone: (89)0346-51015 Muda Proc.? : NÃO

Procedimento solicitado: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Procedimento principal: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Diag. principal: T022-FRATURAS ENVOLVENDO REGIOES MULTIPLAS DE UM MEMBRO SUPERIOR Diag. secundário:

Complementar:

Caráter atendimento: 02 - URGENCIA

Data internação: 12 / 05 / 2015 Data saída: 15 / 05 / 2015 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01: AIH Anterior: - AIH Posterior: -

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: /	CNAER: -
Vínculo Previdência:	CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0308010019	190081599050007	2226126	2777789	2777789	1	05/2015	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE	
2	0301010170	190081599050007	225125	2777789	2777789	1	05/2015	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO	

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V99	PREEXISTENTE	ACIDENTE DE TRANSPORTE NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12996, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL





HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P085377
Data: 11/05/2015

Funcionario: ALYSSON

Senha 22

Registro: 76659

Hora: 20:22:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO
SUS

TERESINHA BARBOSA DA SILVA

Nasc.: 02/02/1959 Idade: 56 ANOS, 3 MESES, 9 DIAS Profissão:

End.: JOSE EMANOEL PEREIRA, 0

Mãe: LUIZA BARBOSA LIMA

CPF: 687.788.133-87 - RG: 884199 - SUS: 708707116801697

Est.Civil: CEP: 64530-000

Bairro: GIL MARQUES Cidade: NOVO ORIENTE DO

Pai: LINO RODRIGUES BANDEIRA

UF: PI IBGE: 2206902

Fone: () -

Clinica: **CLINICA GERAL** Documento: 2640 - HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA

Responsavel: TERESINHA BARBOSA DA SILVA - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Queixa Principal: ATROPELAMENTO

Diagnóstico: *Inun (exc). Tornozelo, alvo. : Tm fello d.
Tm nym juntl. : simptm Pachl 1/2 dndl*

Tratamento: *1/ Rmico + fm. d/Femur Dr (curel D)*

Procedimentos: *r 1 - curar tel.*

11/05/2015 20:22 0301060037 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

*Dr. Helder Antônio Martins de Oliveira
Clínica Geral / Pronto Socorro
CPF: 687.788.133-87
CNPJ: 06553564001100*



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DE CARVALHO E SILVA - 19/05/2018 16:25:37

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18051916253724800000002128146>

Número do documento: 18051916253724800000002128146

Num. 2183732 - Pág. 4

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA	2 - CNES 2777789
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA	4 - CNES 2777789

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE TERESINHA BARBOSA DA SILVA	6 - N° DO PRONTUÁRIO 76659
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708707116801697	8 - DATA DE NASCIMENTO 02/02/1959
10 - NOME DA MÃE LUIZA BARBOSA LIMA	9 - SEXO Masc 1 Fem X 2
12 - ENDEREÇO JOSE EMANUEL PEREIRA, 0 - GIL MARQUES	11 - TELEFONE DE CONTATO () -
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA NOVO ORIENTE DO PIAUÍ	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 2206902
	15 - UF PI
	16 - CEP 64530-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Respirável pm mto esba (S) e
m farto, d, e
Dol laril intru-
(transiente p/turno)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Unidra a

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Manus & Cr D

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Insufi mto

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDARIO

23 - CAUSAS ASSOC

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

CLINICA MEDICA

ELETIVA

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS (x) CPF

49726013372

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

HELEDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/05/2015

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)



PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CARLOS VIEIRA DE ALENCAR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

E220000001

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

45 - CODIMENTO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

096.277.313-15

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

2 - CNES

2777789

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

4 - CNES

2777789

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

TERESINHA BARBOSA DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

76659

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708707116801697

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/02/1959

9 - SEXO

Masc. 1 Fem X 2

10 - NOME DA MÃE

LUIZA BARBOSA LIMA

11 - TELEFONE DE CONTATO

() -

12 - ENDEREÇO

JOSE EMAOEL PEREIRA, 0 - GIL MARQUES

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2206902

15 - UF

PI

16 - CEP

64530-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDARIO

23 - CAUSAS ASSOC

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

CLINICA MEDICA

ELETIVA

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS (x) CPF

49726013372

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

HELEDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

12/05/2015

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CARLOS VIEIRA DE ALENCAR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

E220000001

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

45 - CODIMENTO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF 096.277.313-15

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CÔNSELHO)



Evolução Clínica



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

136

51

97

Ortoped⁹

Teresinha Barbosa da Silva

Dra. Lao Tse

ALÉRGICA
A DIPIRONA

PRONTUÁRIO MÉDICO

105-05

6

CHECK LIST DO PACIENTE ADMITIDO NA CLÍNICA ORTOPÉDICA

DATA 23.06.15

Nome do paciente

Teresinha Barbosa da Silva 105-05

Enf. 105 Leito 05

CONFERIR NO PRONTUÁRIO		Sim	Não
1	Exames laboratoriais	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Raio X	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Reserva de hemoderivado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Parecer cardiológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Eletrocardiograma - ECG	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Histórico de enfermagem	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Avaliação de Risco de queda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Enf. 105-05-06-15
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS



AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Prontuário:
1365197

Internação:
94405

Nome: TERESINHA BARBOSA DA SILVA

End. Resid.: POV. CHAPADA - ZONA RURAL

Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUI - PI

CEP: 64530-000

Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Feminino	02/02/1959	56a:4m:21d	Viuvo(a)	LAVRADORA

Cadastro:	G. Instrução:	Fone:	Cartão SUS (CNS):	Documento:
15/05/2015	Fundamental	86-9922-7589	708707116801697	CPF: 687.788.133-87

Pai: LINO RODRIGUES BANDEIRA

Mãe: LUIZA BARBOSA LIMA

Cônjugue:

Responsável: GRACILENE BARBOSA DA SILVA

End. Responsável: POV. CHAPADA - ZONA RURAL
NOVO ORIENTE DO PIAUI - PI
64530-000

Jesus
Funcionário do SAME

QP:

H.D.A.:

ANT. PESSOAIS:

ANT. HEREDITÁRIOS:

EXAME FÍSICO:

GERAL:

CABEÇA E PESCOÇO:

TÓRAX:

ABDOMEN:

MEMBROS:

GENITIAIS:

ESPECÍFICOS:

DIAGNÓSTICO:

PLANO TERAPÉUTICO:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 05/08/2015
Edna Maria Andrade de Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



Orgão Emissor: M22110001 405
ar (AIH)LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
DE INTERNAÇÃO HOSPI

Identificação do Estabelecimento de:

1-Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL GETULIO VARGAS3-Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL GETULIO VARGASAIH : 221510148462-9
UNI : HGVNASCIMENTO
02/02/1959

TERESINHA BARBOSA DA SILVA

D.LIBERA: 23/06/2015 DT. LAUDO : 23/06/2015 *lony de Gastro Leite*
PROCED. : 0308040015 TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS
OP.SIST: LUPINHA CRM-PI 1562 CPF: 275.080.303-97
CID : T818 CNS 170116228840096

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

Código da
Internação:4-CNES
2726971 94405

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: TERESINHA BARBOSA DA SILVA	6 - Prontuário: 1365197
7-CNS: 708707116801697	8-Nascimento: 02/02/1959
9-Sexo: Feminino	CPF: 687.788.133-87
11-Mãe: LUIZA BARBOSA LIMA	12-Fone: 86-9922-7589
13-Resp: GRACILENE BARBOSA DA SILVA	14-Cor: Amarela
15-Ender: POV. CHAPADA - ZONA RURAL - CEP: 64530-000	
16-Munic: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ	17-Cod.IBGE: 220690 18-UF: PI 19-CEP: 64530-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Perdeu o seu emprego**de cegueira* *de* *OSPITAL GETÚLIO VARGAS*

CONFERE COM ORIGIN.

Em: 05/06/201

Edna Maria Andrade Si

Matrícula: 019065-9

CPF: 275.080.303-97

COPIA DE PRONTUÁRIO

21 - Condições que justificam a internação:

Acidente

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

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin: 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass

Outras complicações de procedimentos não classificadas em outra parte

T818

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado: 0308040015 TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS	Tempo
29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: (CLINICA PARA TRANSFERENCIA) 02 01 CPF 746.635.933-72	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação: LAO-TSE F DA SILVA FEITOSA (QUADRIL) 23/06/2015
35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 23/06/2015	50-ASS.CARIMBO (Rg. Conselho)
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	Usuário: (JESUS SOUSA) Consulta Local: 576922

Assinatura Paciente ou Responsável:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLINICA: Ortopedia LEITO: 105-05 PRONTUÁRIO 136.54-97
NOME: Isac Siqueira DATA NASC: 02/02/1959

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: OTOSCOPIA DE OSSICOS E LARINGO N.º SALA 16

CIRURGIÃO: M. FRANCISCO MENEZES / CRM.PI:

AUXILIARES:1º 2º

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA:

1-PIAGUNTE CAN DOU SOS ANGUS

2. Aussenseite + Lampen

7 RMS + resonance + curve

4. Curriculum

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO:

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO ESTIMADA _____ ML

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: ()SIM ()NÃO QUAL?

DATA 24/06/15 HORA

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMB. 2)

...ITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 105 ~~000~~ 2005
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
2005-97





ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL**

DADOS DO PACIENTE

Nome: Terezinha Batista de Lima
Nascimento: 1/1/1981

Observação: caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo:

RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____
Parentesco: _____

Eu,

paciente ou responsável pelo paciente acima citado, que é portador da doença infarto
coronário

devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de intervenção
de emergência.

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a sua doença e ao procedimento que será submetido, tais como:

1. Doença.
2. Intervenção.
3. Medicamentos.
4. Procedimento de emergência.
5. _____

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Responsabilidade está em conformidade com a Lei 8.078/90 pelo Código de Ética Médica nos seus artigos 46 e 90.

Teresina(PI), _____ de _____ de 20____.

Paciente ou Responsável e RG

Dr. Ingrádio Batista de Amorim Júnior
DIRETOR TÉCNICO ASSISTENCIAL
CRM/PI: 1998

Médico Responsável CRM

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 86-3221-3040

Cópia para responsável
Dr. Marcelo Batista
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
508/6/2015



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Baronha Boaixa da Silva
DATA DE NASCIMENTO: 02/01/59 IDADE: 56 anos
DATA DA INTERNAÇÃO: 23/06/15

2. FATORES PRIDISPONENTES (Marque com um "X")

Criança ≤ 5 anos

1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO

Idosos ≥ 65 anos, sem acompanhante

Uso de medicações que altera o SNC (exemplos: midazolam, bromazepam, diazepam, fenobarbital, morfina, nalbufina, carbamazepina, dexclorfeniramina, fenitoina, clorpromazina, iscflurano, halotano, thiopental, propofol). Outros:

3 ^a	20/06/15	3 ^a	4 ^a
----------------	----------	----------------	----------------

Uso de diuréticos/laxantes (urgência urinária/intestinal)

Distúrbios neurológicos

Difficultades de marcha

Defeito sensitivo (visão, audição, tato)

Alteração do nível de consciência

Indicação de repouso no leito

3. GRAU DE RISCO DE QUEDAS (Marque com um "X")

Alto risco (vide verso)

1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
----------------	----------------	----------------	----------------

Baixo risco (vide verso)

4. MEDIDAS PREVENTIVAS

Não deixar o ambiente totalmente escuro*

Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes*

Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura*

Orientar para que toda saída do leito deve ser orientada pela enfermagem

Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devem ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta

Mantener as grades da cama elevadas durante todo o período

Mantener a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito

Orientar necessidade de acompanhante

Mantener ao alcance do paciente pertences e objetos mais utilizados

Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanece só sem acompanhante

Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições

Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com o enfermeiro

Declaro que recebi o folder de orientação para Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar na primeira avaliação e que estou ciente do risco de queda avaliado, bem como entendo perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.

AVALIAÇÃO	PACIENTE/ACOMPANHANTE (Assinatura)	ENFERMEIRO (Assinatura)
1 ^a	<u>Marlônia de Oliveira Silva</u>	<u>Jaúcimar do Nascimento</u>
2 ^a		
3 ^a		
4 ^a		

* Medidas preventivas adotadas para pacientes com Baixo Risco de Quedas

** As Avaliações posteriores deverão ser realizadas a cada 72 horas ou qualquer intercorrência que ocorra com o paciente.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 05/08/2015
Edna Maria Andrade Silva
Fórmula: 019065-9
Pág. 07



V) RISCOS: () Não (X) Sim. Qual? () Queda () UPP () Flebite
Alergia: () Não (X) Sim. Qual? Diximona e derivados

VI) CIRURGIAS Você já realizou alguma cirurgia: () Não (X) Sim.

Qual(is): Perimetria, laparadura e cauterização uterina + cirurgia de colo uterino + retirada de cisto suboculoso na região lombar
Qual o ano? mais recorda

(VII) EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

O paciente apresenta necessidade de Educação multiprofissional (X) Sim () Não

Em que necessidade: (X) Cirurgia () Pós-alta (X) Hábitos alimentares/Dietoterapia () Autocuidado/Hábito de vida diária () Outro, especifique _____

Pessoa envolvida no processo de Educação multiprofissional: (X) Paciente () Acompanhante () Familiar

Realiza algum tratamento especializado (X) Sim Não ()

Qual: Dietoterapia

(VIII) NECESSIDADE ESPECIAIS:

1. O paciente faz parte de populações especiais? (X) Não () Sim () Não se aplica

() Criança () Idosos debilitados

() Adolescente () Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos

() Indígena () Outro. Qual? _____

2. Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada?

(X) Alimentação () Linguagem

(X) Deambulação/ Mobilidade () Surdo e mudo

(X) Sono e repouso () Comunicação

(X) Acompanhante () Outros. Qual? _____

3. Registre os cuidados especiais a serem realizados.

IX) INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Trouxe exames? () Não (X) Sim. Qual(is)?

maior

O Sr. ou Srª gostaria de fazer alguma pergunta em relação à estes folders?

() Não () Sim. Folder de direitos e deveres do paciente () Não () Sim. Folder de Higienização das mãos

() Não () Sim. Folder de Risco de quedas () Não () Sim. Identificação com pulseira

O Sr. ou Srª. gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Nome: _____

Identificação/Responsável: _____

Assinatura: _____

Grau de parentesco (se aplicável): _____

Data: 23/06/15 Hora: _____

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO

Iracema Sales dos Santos
ENFERMEIRA
CRF-PI 332.422

LUCIANO GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 05/06/2015
Está Maria Andrade Silva
00065-9

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COORDENAÇÃO SERVIÇO SOCIAL**

AVALIAÇÃO SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome:	<u>Fernanda Barbosa da Silva</u>				
Prontuário:	<u>105/5</u>				
Nascimento:	<u>02/02/59</u>	Estado Civil:	<u>Viúva</u>		
Cartão do SUS:	<u>708 7071 1680 1697</u>				
Sexo:	(<input checked="" type="checkbox"/>) F	(<input type="checkbox"/>) M	Cor:	(<input type="checkbox"/>) Branca	(<input checked="" type="checkbox"/>) Preta
Endereço:	<u>Manoel Vieira</u>				
Município:	<u>Novo Oriente (PI)</u>				
Responsável (Caso se aplique):	<u>Marlonio de Oliveira Silva [9906-5344]</u>				
Pessoa Com Deficiência? () SIM	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO	Qual?		
Estudante? () SIM	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO			
Escolaridade: () Não Alfabetizado	<input checked="" type="checkbox"/>	Fundamental	() Médio	() Superior	
Religião: () Não Tem	<input checked="" type="checkbox"/>	Católica	() Evangélica	() Espírita	() Outra:

SITUAÇÃO ECONÔMICA – PROFISSIONAL - PREVIDENCIÁRIA					
Profissão:	<u>Agricultor</u>				
Ocupação:					
Local de Trabalho:					
Trabalho: () Formal	<input checked="" type="checkbox"/>	Informal	Acidente de Trabalho: () SIM	() NÃO	
SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA					
() Em Atividade	() Auxílio Doença	() Autônomo	() Dependente	() Desempregado	
() Pensionista	<input checked="" type="checkbox"/>	Aposentado	() Sem Vínculo	() BPC	
VENCIMENTOS / RENDA					
() Sem Renda Própria	() Menos de 1 SM	<input checked="" type="checkbox"/>	Entre 1 e 3 SM	() Entre 3 e 5 SM	() Entre 5 e 10 SM
() Mais de 10 SM	() Depende da Renda Familiar				

SITUAÇÃO HABITACIONAL					
Moradia:					
<input checked="" type="checkbox"/> Própria	() Alugada	() Cedida	() Agregada	Type: () Casa	() Apartamento
Água Encanada: (<input checked="" type="checkbox"/>) SIM	() NÃO	Luz Elétrica: (<input checked="" type="checkbox"/>) SIM	() NÃO		
Saneamento Básico: () SIM	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO	Coleta de Lixo Regular: () SIM	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO
Acesso: (<input checked="" type="checkbox"/>) Plano	() Ladeira	() Elevador	() Rampa	() Escada	

INFORMAÇÕES GERAIS					
Em caso de Acidente solicitou o DPVAT					
() SIM	() NÃO				
Utilizando TFD:					
() SIM	() NÃO	() Não se Aplica			
Passe Livre?:					
() SIM	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO	() Não se Aplica		
Paciente Informado Sobre Proposta de Tratamento:					
<input checked="" type="checkbox"/> SIM	() NÃO	() Com Dúvidas			
MOD. 20-HGV					
<div style="text-align: right;"> HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CONFERE COM ORIGINAL Em: 05/05/2015 Eduarda Andrade Silva Matrícula: 019065-9 CPF: 275.060.303-97 CÓPIA DE PRONTUÁRIOS </div>					



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Beresinha Barbosa da Silva Data de Nascimento: 02/02/59 (56)
Cidade de origem: Novo Horizonte - PI

II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL

Religião/Crença: Católica

Profissão: Baradeira

Escolaridade: Analfabeto Ensino fundamental Ensino médio Superior

Barreira na comunicação: Não Sim

Qual?

Apresenta deficit: Não Sim, Qual? Visual Auditivo Motor

Outros:

Transtorno mental: Não Sim

Qual?

Mora sozinha? Sim Não. Mora com familiares/outros? Sim Não

2 ITENS POSITIVOS:
ACIONAR SERVIÇO SOCIAL
RELIGÃO/ BARREIRA NA
COMUNICAÇÃO
TRANSTORNO MENTAL

III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)

Não possui Hipertensão Arterial Dislipidemia Diabetes mellitus Insuficiência Renal Crônica / Aguda
 Cardiopatias Câncer Tabagismo Etilismo Usuário de drogas ilícitas Outro:

Faz uso de medicamentos? Não Sim

NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	VIA	DOSE	HORÁRIO
<u>drux 25mg oral</u>			<u>manhã</u>				

ACIONAR FARMACEUTICO
(Quando paciente trouxer
medicação de casa)

IV - EXAME FÍSICO

a) SINAIS VITais:

PA: 9x6 P: 97 (Filiforme Cheio Rítmico Arrítmico

T: 36,8 FR:

Oxigênio: Sim Não Dor: Não Sim, Onde? MID (Perna)

Características:

b) DADOS ANTROPOMÉTRICOS E ASPECTOS NUTRICIONAIS

Altura: _____ (m) Peso: _____ (Kg)

Perda de peso nos últimos 3 meses: Não Sim, Peso perdido: _____ (Kg)

Histórico de: Sonda Gastrostomia Nefropatia Neoplasia de cabeça/pescoço

Neoplasia de trato gastrointestinal Transplante Obesidade mórbida III ($IMC > 50 \text{Kg/m}^2$)

Não se aplica

2 ITENS POSITIVOS
ACIONAR A NUTRICIONISTA
(Atenção nutricional)

c) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Consciente Orientado Desorientado Comatoso Sonolento Sedado Torporoso

ESCALA DE COMA GLASGOW:

d) ASPECTO EMOCIONAL: Calmo Tenso Agitado Apático Eufórico
 Agressivo Triste Outra alteração. Qual?

2 ITENS POSITIVOS
ACIONAR O PSICOLOGO

MOD. 204-HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 05/05/2015
Edna Maria Andrade Silva
... n19065-9

RETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
OSPITAL GETÚLIO VARGAS

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Regenir Barbosa

NS-US

DA CLÍNICA:

Univas

À CLÍNICA:

Paraná

MOTIVO DA CONSULTA

NS-US
MC Eny

DATA:

23/04/13

PARECER:

Dr. Fco. Fabio Sousa Silvestre
CRM/PI 1833/Ortopedia
Medicina e Cirurgia do Pé e Tornozelo
TEOT 1036

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

DATA: / /

MOD. 11 - HGV

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
2013
Luciano de Carvalho e Silva



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO: _____ LEITO: 105-S PROCEDIMENTO: _____

NOME: Teresinha Barbosa da Silva

Data: 26/06/15 dia de UTI/Diagnóstico: _____

Nível de consciência:

Consciente, orientada

Padrão de Resposta Motoria:

limitado de movimento em M10

S. Respiratório: Espontânea – VAA: () TOT – () TQT

Ritmo: regular Profundidade Normal FR(espontânea)

M Tosse: () Produtiva () Seca - Asculta Pulmonar:

A Secréção: () -/4 () +/4 () ++/4 () +++;4 Aspecto:

N Oxigenoterapia: 1) Apoio de O2

H S. Cardiovascular: PA: FC: Perfusion Capilar:

Á Conduta Fisioterapêutica: Respiratória Motoria

Observações:

Cícero Silva Neves
FISIOTERAPISTA
CRF-PI 14811

Onyx
Carimbo/Assinatura

Nível de consciência:

Padrão de Resposta Motoria:

S. Respiratório: () Espontânea – VAA: () TOT – () TQT

Ritmo: Profundidade FR(espontânea)

T Tosse: () Produtiva () Seca - Asculta Pulmonar:

A Secréção: () -/4 () +/4 () ++/4 () +++;4 Aspecto:

D Oxigenoterapia:

E S. Cardiovascular: PA: FC: Perfusion Capilar:

Conduta Fisioterapêutica: () Respiratória () Motoria

Observações:

Carimbo/Assinatura

HOSPITAL GETULIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em, 05/07/2015

Edna Maria Andrade Silva

019065-9

MOD: 259-HGV



Solicitação de Acompanhante



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Prontuário:
1365197
Internação:
94405

Nome: TERESINHA BARBOSA DA SILVA

End. Resid.: POV. CHAPADA - ZONA RURAL

Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUI - PI

CEP: 64530-000

Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Feminino	02/02/1959	56a:4m:21d	Viúvo(a)	LAVRADORA

Justificativa:

Data:

Assinatura:

23/06/15 x *Maltonio D. Silva*

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em: 05/06/2015

Edna Maria Andrade Silva

Matrícula: 019065-9

CPF: 275.080.303-97

CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

Data: ____/____/____

Ass. Médico Solicitante

Auditor

Data: ____/____/____

Assinatura - CPF





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MÉDICO

Paciente: **TERESINHA BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: **1365197**)
Endereço: **POV. CHAPADA - ZONA RURAL - NOVO ORIENTE DO PIAUÍ - PI CEP: 64530-000**
Nascimento: **02/02/1959** Idade: **56a:4m:21d** Sexo: **Feminino** Origem: **OUTRA UNIDADE** Atendimento: **0**
Requisição: **214319** Solicitação: **23/06/2015** Solicitante: **ADELIA MARIA DE A. OLIVEIRA**
Convênio: **SUS**

442305

Retração do Coágulo: Retração Total Retração Total

MATERIAL: Sangue

(219)

Pag: 2 de 2

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 05/06/2015
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

TERESINA - PI 23/06/2015


Professional Responsável



**HOSPITAL GETULIO VARGAS**

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Pag: 1 de 1

*Ortopedias***LAUDO MÉDICO**

Paciente: **TERESINHA BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: **1365197**)
 Endereço: **POV. CHAPADA - ZONA RURAL - NOVO ORIENTE DO PIAUÍ - PI CEP: 64530-000**
 Nascimento: **02/02/1959** Idade: **56a;4m:21d** Sexo: **Feminino** Origem: **OUTRA UNIDADE** Atendimento: **0**
 Requisição: **214319** Solicitação: **23/06/2015** Solicitante: **ADELIA MARIA DE A. OLIVEIRA**
 Controle: **442306** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0202020380

Data Exame: 23/06/2015

HEMOGRAMA COMPLETO

Encontrado: Referência: Encontrado: Referência:

ERITROGRAMA

H. ácias: **4,00** 4,5 a 6,0 millhoes/mm³
 Hemoglobina: **10,50** 14,0 a 18,0 g/dL
 Hematócrito: **33,70** 36 a 46 %
 Vol. Glob. Médio (VCM): **84,25** 80 a 100 fl
 Hem. Glob. Média (HCM): **26,25** 26 a 34 pg
 C. H. Glob. Média (CHCM): **31,16** 31 a 37 g/dL
 OBSERVAÇÃO: Hipocromia e Anisocitose discretas

LEUCOGRAMA

Leucometria:.....	6230	4.000 - 11.000
Mielocitos: 0,0	0	0,0 - 0,0
Metamielocitos: 0,0	0	0,0 - 0,0
Basófilos: 0,0	0	0 - 330
Esinófilos: 1,0	62	40 - 550
Bastonetes: ✓ 2,0	124	0 - 440
Segmentados: 65,0	4049	1.600 - 7.700
Linfócitos: 26,0	1619	1.000 - 4.500
Monócitos: 6,0	373	80 - 1000

OBSERVAÇÃO: Leucocitos morfologicamente normais.

PLAQUETAS

Plaquetas: **154,000** 150.000 a 450.000 /mm³
 VPM: **8,3** 6 a 12 fl
 Plaquetórito: **0,129** 0,141 a 0261 %
 PWD: **17,7**
 OBSERVAÇÃO: Discreta Plaquetopenia

*HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em, 05/06/2015
 Edna Maria Andrade Silva
 Matrícula: 019065-9
 CPF: 275.080.303-97
 CÓPIA DE PRONTUÁRIOS*

(FATIMA PEREIRA)

TERESINA - PI 23/06/2015

MARIA DO ROSARIO CONCEICAO M.

CPF: 073.311.344-34 CRF: 199-PI



**HOSPITAL GETULIO VARGAS**

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MÉDICO

Paciente: **TERESINHA BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: **1365197**)
 Endereço: **POV. CHAPADA - ZONA RURAL - NOVO ORIENTE DO PIAUÍ - PI CEP: 64530-000**
 Nascimento: **02/02/1959** Idade: **56a:4m:21d** Sexo: **Feminino** Origem: **OUTRA UNIDADE** Atendimento: **0**
 Requisição: **214319** Solicitação: **23/06/2015** Solicitante: **ADELIA MARIA DE A. OLIVEIRA**
 Convênio: **SUS**

TEMPO DE SANGRIA

Controle: **442302** Cod. SIA: **0202020096** Data Exame: **23/06/2015**
 Encontrado: _____ Valor de Referência: _____
 (Tempo de Sangria: (min) 1,15 De 1 a 4 minutos.

MATERIAL: Sangue - MÉTODO: Duke

TEMPO DE COAGULAÇÃO

Controle: **442303** Cod. SIA: **0202020070** Data Exame: **23/06/2015**
 Encontrado: _____ Valor de Referência: _____
 Tempo de Coagulação: (min) 17,00 Até 12 Minutos.

MATERIAL: Sangue - MÉTODO: Lee White

PROVA DO LAÇO

Controle: **442304** Cod. SIA: **0202020509** Data Exame: **23/06/2015**
 Encontrado: _____ Valor de Referência: _____
 Prova do Laço:..... Negativo Negativo

MÉTODO: Runfel Leede

LHOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 05/07/2015
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

RETRAÇÃO DO COÁGULO

Controle: **442305** Cod. SIA: **0202020495** Data Exame: **23/06/2015**
 Encontrado: _____ Valor de Referência: _____

TERESINA - PI 23/06/2015

Profissional Responsável

Pág: 1 de 2

ASS. MEDICO ESPECIALISTA

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 05/08/2015
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97

zinha Bumboca da Zona
DN: 02.09.1959
Idade: 56 anos

1:35



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME: <i>Leônida Barbosa da Silva</i>	DATA DO NASCIMENTO: <i>01/15</i>	Nº DO PRONTUÁRIO: <i>1315197</i>	
DATAS: <i>01/15</i>	HORÁRIO: <i>09:00h</i>	CLÍNICA: <i>Ofagosséia</i>	
1. CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA		SIM	NÃO
Nível de consciência/orientação: Consciente (<input checked="" type="checkbox"/>) Orientado (<input type="checkbox"/>) Desorientado (<input type="checkbox"/>) Torporoso (<input type="checkbox"/>)			
Resposta motora (<input checked="" type="checkbox"/>) Sem déficit motor (<input type="checkbox"/>) Com déficit motor			
Resposta verbal (<input checked="" type="checkbox"/>) Física (<input type="checkbox"/>) Disártico (<input type="checkbox"/>) Afásico			
2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA		<i>metformina 500mg 1x/dia 6h 12h 18h 24h 06h. Insulina c/100u/ml 100u/ml 100mg 1x/dia 01/12h 18h 06h. montelat 40mg - 1x/dia 100mg 1x/dia 01/12h 18h 06h</i>	
3. DISPOSITIVOS EM USO			
Curativo			
Cateter de duplo lumen			
Sonda vesical de demora			
Sonda vesical de alívio (Cateterismo Intermittente)			
Dreno			
Fixador externo ortopédico			
Sonda enteral/nasogástrica			
Colostomia			
Outro, especifique:			
4. ORIENTAÇÕES PARA A ALTA:			
<i>Manter uso de medicamentos</i>			
<i>Manter uso de drenos</i>			
5. GRAU DE DEPENDÊNCIA: (<input type="checkbox"/>) Grau I (<input checked="" type="checkbox"/>) Grau II (<input type="checkbox"/>) Grau III (<input type="checkbox"/>) Grau IV*			
6. DIRENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS:			
ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO: <i>luciano de carvalho</i>			

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO CUIDADO PÓS-ALTA	
GRAU I	GRAU II
<ul style="list-style-type: none"> * DEAMBULA SEM AUXÍLIO; * TOMA BANHO E ALIMENTA-SE SOZINHO; * SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO; * ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DO AUTO-CUIDADO 	<ul style="list-style-type: none"> * NECESSITA DE AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO, NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO; * SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO; * QUANTIDADE MODERADA DE MEDICAMENTO; * ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO NO AUTO-CUIDADO; * PRESENÇA DE SVD, SNG, CURATIVOS E OUTROS; * CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO DE ROTINA;
GRAU III	GRAU IV
<ul style="list-style-type: none"> * NECESSITA DE AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO, NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO; * CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO COMPLEXOS; * ALTERAÇÕES DISCRETA DE COMPORTAMENTO; * OBSERVAR FREQUENTEMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE; 	<ul style="list-style-type: none"> * ACAMADO NO LEITO; * HIGIENE NO LEITO; * ALIMENTAÇÃO POR TUBOS OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL; * REQUER MEDIDAS COMPLEXAS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA; * COMPlicaÇÃO PÓS-OPERATÓRIAS; * INCONSCIENTES OU COM DESVIO NO PADRÃO DE COMPORTAMENTO;

Av. Frei Serafim, 2352 – Centro – CEP: 64001-020 – Teresina – PI – Tel. 86 - 3221-3040

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
Em: 05/05/2018 16:20:55
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
Data: 05/05/2018

TERESINHA B DA SILVA

105-03

ORTOPEDIA

BOM ESTADO GERAL / NEUROVASCULAR NORMAL

- 27/06/15
- 1- TROCAR CURATIVO
 - 2 - RETIRAR DRENO DE SUÇÃO E SONDA VESICAL SN
 - 3 - RETORNO AMBULATORIAL HGV
 - 4 - ALTA HOSPITALAR
 - 5 - CCG


Dr. Marilda Badessi
Oncologista
Ginecologista
Ortopedista

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 05/08/2015
Edna Maria Andrade da Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS



TERESINHA B DA SILVA

ORTOPEDIA

105-03

BOM ESTADO GERAL / NEUROVASCULAR NORMAL

- 27/06/15 1- TROCAR CURATIVO
 2 - RETIRAR DRENO DE SUCÇÃO E SONDA VESICAL SN
 3 - RETORNO AMBULATORIAL HGV
 4 - ALTA HOSPITALAR
 5 - CCG

Dr. Mário Barbusi Filho
Ginecologia Ortopédica
CNPJ 43.777.099-0001-07

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 05/08/2015
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS



SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Prontuário:
1365197

Internação:
94405

Nome: TERESINHA BARBOSA DA SILVA

End. Resid.: POV. CHAPADA - ZONA RURAL

Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ - PI

CEP: 64530-000

Sexo: Feminino	Nascimento: 02/02/1959	Idade: 56a:4m:21d	Estado Civil: Viuvo(a)	Profissão: LAVRADORA
Internação		Alta		Permanência
Data 23/06/2015	Hora 09:21	Data 24/06/15	Hora ____:____	4 dias

Diagnósticos:

CID Principal:

PRAT PAGI

Cod. CID:

5901

CID Secundário:

HUFOC TMKOS DD FLY

CID Causa Morte:

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

ESTADO CRITICO

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

ESTADO CRITICO / dia 04/07/15

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: 24/06/15 Tipo:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em, 05/07/2015

Edna Maria Oliveira Silva

Matrícula: 019065-9

CPF: 275.080.303-97

CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

RETORNO A NOVO ORIENTE

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

ANSFERÊNCIA:

ja cedida por:

Dr. Marcelo Soárez
GCM - Transporte
ACM - Transporte
ACM - Transporte

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Prontuário:
1365197
Internação:
93440

Nome: TERESINHA BARBOSA DA SILVA				
End. Resid.: POV. CHAPADA - ZONA RURAL				
Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUI - PI CEP: 64530-000				
Sexo: Feminino	Nascimento: 02/02/1959	Idade: 56a:3m:13d	Estado Civil: Viudo(a)	Profissão: LAVRADORA
Internação		Alta		Permanência
Data: 15/05/2015	Hora: 16:13	Data: 27/06/15	Hora	

Diagnósticos:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

CID Causa Morte:	
S 022-4	

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

Evolução e Sitação na Alta:

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: ____/____/____ Tipo: _____

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 08/06/2015
Edna Maria Almeida Silva
Matrícula: 012065-9
CPF: 275.680.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Nome:

Transporte:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

Dr. Danilo Mihoh Chagas
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4437 / CRM-MG 4789
TEOT 11/65

PACIENTE: Exequiel S. de J. M. S. APTº: 01 ENF.: 01 LEITO: 01 REGISTRO:

FOLHA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO



HREP HOSPITAL REGIONAL
EUSTÁQUIO PORTELA
AV. SANTOS DUMONT, S/N - CENTRO
VALença DO PIAUí - PI
VALença-PI

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO DUMONT
AV. SANTOS DUMONT, S/N - CENTRO
VALÉNCIA DO PIAUÍ - PI

HOSPITAL REGIONAL EUSÉBIO S. DUMONT
AV. SANTOS DUMONT, S/N - CENTRO
VALença DO PIAUÍ - PI
VALença-PI

FERMARIA: 07 LIEUT: 98

PACIENTE: T. Soutinho
DATA: 12/05/15

PACIENTE: 100700000000000000

DIAGNÓSTICO MÉDICO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (SAE)

01

LEITO: 01

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

PACIENTE: Terezinha Borges da Silva
 DATA: 01/05/145

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (SAE)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORA	HORA	SINAIS VITais						
11:30hs - Dolor abdominal	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar sinais vitais			HORA	T	P	R	PA	GLICEMIA	DIURESE
4. urticária, dor no abdômen	<input checked="" type="checkbox"/> Supervisionar infusão venosa e gotejamento									
5. urticária, dor no abdômen	<input type="checkbox"/> Avaliar presença de sinais flogíticos em inserção de cateter									
6. urticária, dor no abdômen	<input type="checkbox"/> orientar e supervisionar higiene oral e corporal									
7. urticária, dor no abdômen	<input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito em intervalo de:									
8. urticária, dor no abdômen	<input checked="" type="checkbox"/> Estimular hidratação oral									
9. urticária, dor no abdômen	<input checked="" type="checkbox"/> Supervisionar aceitação da dieta									
10. urticária, dor no abdômen	<input type="checkbox"/> Estimular deambulação									
11. urticária, dor no abdômen	<input type="checkbox"/> Orientar jejum a partir	horas								
12. urticária, dor no abdômen	<input type="checkbox"/> Orientar retirada de prótese, jóias									
13. urticária, dor no abdômen	<input type="checkbox"/> Realizar curativo em:									
14. urticária, dor no abdômen										
15. urticária, dor no abdômen										
16. urticária, dor no abdômen										
17. urticária, dor no abdômen										
18. urticária, dor no abdômen										
19. urticária, dor no abdômen										
20. urticária, dor no abdômen										
21. urticária, dor no abdômen										
22. urticária, dor no abdômen										
23. urticária, dor no abdômen										
24. urticária, dor no abdômen										
25. urticária, dor no abdômen										
26. urticária, dor no abdômen										
27. urticária, dor no abdômen										
28. urticária, dor no abdômen										
29. urticária, dor no abdômen										
30. urticária, dor no abdômen										
31. urticária, dor no abdômen										
32. urticária, dor no abdômen										
33. urticária, dor no abdômen										
34. urticária, dor no abdômen										
35. urticária, dor no abdômen										
36. urticária, dor no abdômen										
37. urticária, dor no abdômen										
38. urticária, dor no abdômen										
39. urticária, dor no abdômen										
40. urticária, dor no abdômen										
41. urticária, dor no abdômen										
42. urticária, dor no abdômen										
43. urticária, dor no abdômen										
44. urticária, dor no abdômen										
45. urticária, dor no abdômen										
46. urticária, dor no abdômen										
47. urticária, dor no abdômen										
48. urticária, dor no abdômen										
49. urticária, dor no abdômen										
50. urticária, dor no abdômen										
51. urticária, dor no abdômen										
52. urticária, dor no abdômen										
53. urticária, dor no abdômen										
54. urticária, dor no abdômen										
55. urticária, dor no abdômen										
56. urticária, dor no abdômen										
57. urticária, dor no abdômen										
58. urticária, dor no abdômen										
59. urticária, dor no abdômen										
60. urticária, dor no abdômen										
61. urticária, dor no abdômen										
62. urticária, dor no abdômen										
63. urticária, dor no abdômen										
64. urticária, dor no abdômen										
65. urticária, dor no abdômen										
66. urticária, dor no abdômen										
67. urticária, dor no abdômen										
68. urticária, dor no abdômen										
69. urticária, dor no abdômen										
70. urticária, dor no abdômen										
71. urticária, dor no abdômen										
72. urticária, dor no abdômen										
73. urticária, dor no abdômen										
74. urticária, dor no abdômen										
75. urticária, dor no abdômen										
76. urticária, dor no abdômen										
77. urticária, dor no abdômen										
78. urticária, dor no abdômen										
79. urticária, dor no abdômen										
80. urticária, dor no abdômen										
81. urticária, dor no abdômen										
82. urticária, dor no abdômen										
83. urticária, dor no abdômen										
84. urticária, dor no abdômen										
85. urticária, dor no abdômen										
86. urticária, dor no abdômen										
87. urticária, dor no abdômen										
88. urticária, dor no abdômen										
89. urticária, dor no abdômen										
90. urticária, dor no abdômen										
91. urticária, dor no abdômen										
92. urticária, dor no abdômen										
93. urticária, dor no abdômen										
94. urticária, dor no abdômen										
95. urticária, dor no abdômen										
96. urticária, dor no abdômen										
97. urticária, dor no abdômen										
98. urticária, dor no abdômen										
99. urticária, dor no abdômen										
100. urticária, dor no abdômen										
101. urticária, dor no abdômen										
102. urticária, dor no abdômen										
103. urticária, dor no abdômen										
104. urticária, dor no abdômen										
105. urticária, dor no abdômen										
106. urticária, dor no abdômen										
107. urticária, dor no abdômen										
108. urticária, dor no abdômen										
109. urticária, dor no abdômen										
110. urticária, dor no abdômen										
111. urticária, dor no abdômen										
112. urticária, dor no abdômen										
113. urticária, dor no abdômen										
114. urticária, dor no abdômen										
115. urticária, dor no abdômen										
116. urticária, dor no abdômen										
117. urticária, dor no abdômen										
118. urticária, dor no abdômen										
119. urticária, dor no abdômen										
120. urticária, dor no abdômen										
121. urticária, dor no abdômen										
122. urticária, dor no abdômen										
123. urticária, dor no abdômen										
124. urticária, dor no abdômen										
125. urticária, dor no abdômen										
126. urticária, dor no abdômen										
127. urticária, dor no abdômen										
128. urticária, dor no abdômen										
129. urticária, dor no abdômen										
130. urticária, dor no abdômen										
131. urticária, dor no abdômen										
132. urticária, dor no abdômen										
133. urticária, dor no abdômen										
134. urticária, dor no abdômen										
135. urticária, dor no abdômen										
136. urticária, dor no abdômen										
137. urticária, dor no abdômen										
138. urticária, dor no abdômen										
139. urticária, dor no abdômen										
140. urticária, dor no abdômen										
141. urticária, dor no abdômen										
142. urticária, dor no abdômen										
143. urticária, dor no abdômen										
144. urticária, dor no abdômen										
145. urticária, dor no abdômen										
146. urticária, dor no abdômen										
147. urticária, dor no abdômen										
148. urticária, dor no abdômen										
149. urticária, dor no abdômen										
150. urticária, dor no abdômen										
151. urticária, dor no abdômen										
152. urticária, dor no abdômen										
153. urticária, dor no abdômen										
154. urticária, dor no abdômen										
155. urticária, dor no abdômen										
156. urticária, dor no abdômen										
157. urticária, dor no abdômen										
158. urticária, dor no abdômen										
159. urticária, dor no abdômen										
160. urticária, dor no abdômen										
161. urticária, dor no abdômen										
162. urticária, dor no abdômen										
163. urticária, dor no abdômen										
164. urticária, dor no abdômen										
165. urticária, dor no abdômen										
166. urticária, dor no abdômen										
167. urticária, dor no abdômen										

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (SAE)

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (SAE)

SINISTRO 3160192142 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA TERESINHA BARBOSA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial

Florianopolis-SC

BENEFICIÁRIO TERESINHA BARBOSA DA SILVA

CPF/CNPJ: 68778813387

Posição em 30-08-2017 23:25:34

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DE CARVALHO E SILVA - 19/05/2018 16:25:37

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18051916253759500000002128149>

Número do documento: 18051916253759500000002128149

Num. 2183735 - Pág. 1

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões neurogênicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental acentuado; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicas, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não comparáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiorvascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (muex completo) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedos ou polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral (exceto o sacral)					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do bacôlo					