



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	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
21837 31	19/05/2018 16:26	<a href="#">procuração e documentos</a>	Procuração
21837 32	19/05/2018 16:26	<a href="#">documentos</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
21837 33	19/05/2018 16:26	<a href="#">prontuario médico</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
21837 35	19/05/2018 16:26	<a href="#">sinistro</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
21837 36	19/05/2018 16:26	<a href="#">tabela</a>	Documentos

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUÍZ DE DIREITO DA COMARCA DE  
ALENÇA DO PIAUÍ, ESTADO DO PIAUÍ.**

**NISTRO: 3160192142**

**ATUREZA: INVALIDEZ**

**TERESINHA BARBOSA DA SILVA**, brasileira, casada, lavradora, inscrito no CPF  
o n. 687.788.133-87 e RG nº 884.199 SSP/PI, residente e domiciliado na Rua José Manoel  
eira, nº 408, Bairro Gil Marques, Novo Oriente (PI), CEP 64530-000, vem por intermédio de  
1 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 jurídica de direito privado regularmente conveniada junto à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, CNPJ nº. 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, centro, Rio De Janeiro/RJ, CEP 20031205, pelas razões de fato e de Direito a seguir articuladas:

## **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 processual, 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 15h15min, quando trafegava na via pública sobredita Rua José Manoel Vieira, em determinado trecho da via foi atropelada por uma motocicleta não identificada, conduzida pelo um condutor também desconhecido, que o mesmo empreendeu em fuga do local do acidente sem prestar socorro a requerente, conforme registro do *boletim de ocorrência nº 693/2015* anexo.

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

Como consequência do trágico acidente, o beneficiário teve as seguintes lesões: **MULTITRAUMATIZADO 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 “a” 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 pedido 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, ficando o mesmo a correr.

É, em síntese, o relatório dos fatos.

## **D 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, pois este, em seu artigo 3º, § 2º, rotula serviço como sendo “qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, INCLUSIVE AS DE NATUREZA BANCÁRIA, SEGURO, DE CRÉDITO E SECURITÁRIA, salvo as decorrentes de caráter trabalhistas”.

Assim sendo, as ações em que o consumidor pretende atribuir à responsabilidade civil o 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, do 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 respeitável 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 demanda.

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 acionada para pagar o valor da indenização correspondente ao seguro obrigatório, assegurado o direito de regresso. Precedentes. (...) 6. Agravo regimental



improvido.” (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 que 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 líquida, 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 laborativa, e trazendo sequelas permanentes não só físicas, como também psicológicas, deve merecer, 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 pagar a complementação da sua indenização, correspondendo ao remanescente a ser devidamente realizado 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 moratórios a partir da citação da seguradora, a teor do 1085564/SP.

## **A EXIBIÇÃO DE DOCUMENTOS**

Com base na narração fática supra, bem como na documentação probatória trazida aos autos, 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 exhibir;

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 quizila, 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 pedido não redundará 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 custas do processo, sem prejuízo de seu sustento e dos familiares.
- b) Que seja a Requerida citada, pelos Correios, via AR, para, querendo, apresentar contestação;
- c) Que seja aplicado o Código de Defesa do Consumidor na presente demanda, para 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 inoccorrência dos fatos aqui alegados;
- f) **O JULGAMENTO INTEIRAMENTE PROCEDENTE** da presente demanda, 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 realizado 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 advocatícios no montante de 20% (vinte por cento) do valor da condenação.

Ademais, requer a este Douto Juízo que toda e qualquer notificação/intimação referente 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](mailto: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), acionar, 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)




3160492442 CPF 687788.133-87

NEGADO  
NOVO  
HORIZENTE


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



TERESINHA BARBOSA DA SILVA  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 884.199 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/03/11

NOME TERESINHA BARBOSA DA SILVA

FILIAÇÃO LUIZA BARBOSA LIMA  
LINO RODRIGUES BANDEIRA

NATURALIDADE VALENÇA DO PIAUÍ-PI DATA DE NASCIMENTO 02/02/1959

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 410 L B6 F 141V  
EXP NOVO ORIENTE DO PIAUÍ-PI 20/03/82

CPF 687.788.133-87

ASSINATURA DO DIRETOR

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





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)

## 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: CPF/CNPJ:  
Condutor do Veículo: desconhecido Combustível:  
Endereço: Local de Registro:  
Outras Informações: A comunicante/pedestre relatou que caminhava pela Rua José Manoel Vieira, Bairro Gil Marques, Cidade de Novo Oriente do Piauí/PI.

### TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

• NÃO INFORMADO

### HISTÓRICO DO ACIDENTE

Teresinha  
Comunicante, pedestre/vítima



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 Eustaquio 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, *João da Cruz Moraes Mendes – 2º Sgt. “PM”*, Comandante do Gpm, que o digitei. //

Pimenteiras/PI, 12 de novembro de 2015

Comandante do Gpm:

*João da Cruz Moraes Mendes*  
2º Sgt. PM Cnte. do Gpm  
RG.: 10.3741-76/PMPI

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

*“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 PIAUI  
Terminal: 34304803 Id.Trx.: 331840  
Nro Aut : 083023 Caixa : 85257850  
Data : 22/02/2016 Hora : 08:30  
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

5757803874 000021

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA  
POUPANCA 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.

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



Atendimento:	J09130
Data:	12/05/2015
Hora:	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 EMANOEL PEREIRA, Nº 0 - CEP: 64530-000 Bairro: GIL MARQUES

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

Pai: LINO RODRIGUES BANDEIRA Mãe: LUIZA BARBOSA LIMA

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

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

*Arterite mito (Atrofia mito)*

### Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input checked="" type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido *p/ Termino*

### História Clínica

---

---

---

---

---

---

---

---

### Diagnóstico Provável

*Arterite mito (Atrofia mito) NMDP*

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

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 PIAUI.

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

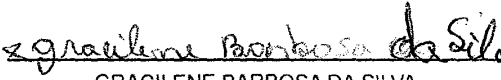
Declaro que, em caso de optar por acomodação de nível superior ao estipulado pelo convênio, assumo a diferença de acomodação e de honorários médicos conforme tabela AMB.

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. Concorro 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  
HOSPITAL REGIONAL EUSTAQUIO PORTELA  
ESPELHO DA AIH

PAG.: 12

DATA: 10/05/2015

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: 059C97527B

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:

Causa Óbito:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Modalidade: HOSPITALAR

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	225125	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 Saldas

Nº Pré-Natal:

Vivos:

Mortos:

Altas:

Transf.:

Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"



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





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

2 - CNES  
2777789  
4 - CNES  
2777789

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
TERESINHA BARBOSA DA SILVA  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
708707116801697  
10 - NOME DA MÃE  
LUIZA BARBOSA LIMA  
12 - ENDEREÇO  
JOSE EMANOEL PEREIRA, 0 - GIL MARQUES  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
NOVO ORIENTE DO PIAUI

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
76659  
8 - DATA DE NASCIMENTO  
02/02/1959  
9 - SEXO  
Masc 1 Fem X 2  
11 - TELEFONE DE CONTATO  
( ) -  
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  
2206902  
15 - UF  
PI  
16 - CEP  
64530-000

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*acompanhada por motorcycle P&C  
em fecho. D. E  
Dor local intra-  
(transgêntico p/ Tumor?)*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

*em estado de*

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

*Imagem de Bx 12-*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

*Adenite mto*

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDARIO 23 - CAUSAS ASSOC

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA  
CLINICA MEDICA  
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
ELETIVA  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA

28 - DOCUMENTO  
( ) CNS ( x ) CPF 49726013372  
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
12/05/2015  
32 - ASS E CARIMBO (Nº DO CRM)

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO  
36 - CNPJ DA SEGURADORA  
37 - Nº DO BILHETE  
38 - SÉRIE  
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  
45 - CODUMENTO  
( ) CNS ( x ) CPF 096.277.313-15  
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





**Sistema Único de Saúde**  
**Ministério da Saúde**

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
TERESINHA BARBOSA DA SILVA	76659		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
708707116801697	02/02/1959	Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem <input checked="" type="checkbox"/> 2	
10 - NOME DA MÃE	11 - TELEFONE DE CONTATO		
LUIZA BARBOSA LIMA	( ) -		
12 - ENDEREÇO			
JOSE EMANOEL PEREIRA, 0 - GIL MARQUES			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
NOVO ORIENTE DO PIAUI	2206902	PI	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	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CLINICA MEDICA	ELETIVA	( ) CNS ( x ) CPF	49726013372
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)	
HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA	12/05/2015		

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
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	44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP
CARLOS VIEIRA DE ALENCAR	E220000001	
45 - CODUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
( ) CNS ( x ) CPF	096.277.313-15	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



## Evolução Clínica

Atendimento I09130	Paciente TERESINHA BARBOSA DA SILVA
-----------------------	--

Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.

[illegible]

136  
51  
97

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Ortopedia

Teresinha Barbosa da Silva

Dr. Lao Tse

ALÉRGICA  
A DÍPTERONA

PRONTUÁRIO MÉDICO

105-05

6

CHECK LIST DO PACIENTE ADMITIDO NA CLÍNICA ORTOPÉDICA

DATA: 23.06.15 Nome do paciente: Teresinha Barbosa da Silva 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  
Em 05/08/2015  
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

Prontuario:  
1365197

Interação:  
94405

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:4m:21d	Estado Civil: Viuvo(a)	Profissão: LAVRADORA
Cadastro: 15/05/2015	G. Instrução: Fundamental	Fone: 86-9922-7589	Cartão SUS (CNS): 708707116801697	Documento: CPF: 687.788.133-87
Pai: LINO RODRIGUES BANDEIRA				
Mãe: LUIZA BARBOSA LIMA				
Cônjuge:				
Responsável: GRACILENE BARBOSA DA SILVA				
End. Responsável: POV. CHAPADA - ZONA RURAL				
NOVO ORIENTE DO PIAUI - PI				
64530-000				
Funcionário do SAME				
QP:				
H.D.A.				
ANT. PESSOAIS:				
ANT. HEREDITÁRIOS:				
EXAME FÍSICO:				
GERAL:				
CABEÇA E PESCOÇO:				
TÓRAX:				
ABDOMEN:				
MEMBROS:				
GENITAIS:				
ESPECÍFICOS:				
DIAGNÓSTICO:				
PLANO TERAPÊUTICO:				

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





Orgão Emissor: W221100001

405  
ar (AIH)AIH : 221510148462-9  
UNI : HGVLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
DE INTERNAÇÃO HOSPI

TERESINHA BARBOSA DA SILVA

NASCIMENTO  
02/02/1959

D.LIBERA: 23/06/2015

DT. LAUDO : 23/06/2015

PROCED.: 0308040015 TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS  
OP. SIST: LUPINHA  
CID : T818

CNS 17044328840006

ASS. MÉDICA RESPONSÁVEL

Código da  
Internação:

## Identificação do Estabelecimento de

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

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 PIAUI

17-Cod. IBGE: 220690

18-UF: PI

19-CEP: 64530-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Acidente com capangas e  
de cuspida para*

21 - Condições que justificam a internação:

*Acidente*

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGIN.

Em, 05/08/2015

Edna Maria Andrade S

Matrícula: 019065-9

CPF: 275.080.303-97

CÓPIA DE PRONTUÁRIO

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 COMPLICAÇÕES 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-TSÉ F DA SILVA FEITOSA (QUADRIL)

23/06/2015

35-Ass.Carimbo Med.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-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:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

( ) CNS

( ) CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselhc

Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (JESUS SOUSA)

Consulta Local: 576922





## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

## HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

## BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Ortopedia LEITO: 105-05 PRONTUÁRIO: 136.54-97  
NOME: Luciano de Carvalho e Silva DATA NASC: 02/02/1959

QUANT	DISCRIMINAÇÃO	QUANT	DISCRIMINAÇÃO
	AGULHAS E SÉRIAS		AGULHAS E SÉRIAS
	AGULHA DE RAQUE		AGULHA DE RAQUE
	AGULHA DE RAQUE		AGULHA DE RAQUE
	AGULHA DE RAQUE		AGULHA DE RAQUE

## CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Osteotomia de ossos longos Nº SALA 16

CIRURGIÃO: Dr. Marcelo Mangsen / CRM.PI: \_\_\_\_\_

AUXILIARES: 1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADOR(A): Dr. Paulo CIRCULANTE: Vol. Tatianna

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: \_\_\_\_\_

1- Plano de corte com DMI nos pontos

2- Mussagem e campo

3- RMS e desmontagem + curativo

4- Curativo

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

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

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: ( ) SIM ( ) NÃO QUAL? \_\_\_\_\_

DATA 24/06/15 HORA \_\_\_\_\_

Dr. Marcelo Mangsen  
Ortopedista  
CRM 277/CRM-MA  
CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 05/08/2015  
Edna Maria Andrade Silva  
Matrícula: 019065-9  
136.54-97





DATA: 24/08/15	SALA
PRONTUARIO: 136792	

PACIENTE		Teresinha B. da Silva				IDADE	DATA DE NASC.	PESO	SEXO
PROCEDIMENTO		Ostio to uca de um laço				18	04/02/18		F
PRESSÃO ARTERIAL	ECG	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS			
120/80	76	12							
HEMOGLOBINA	HEMATÓCITO	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA					
10.5	33.7								

[illegible]

DIURESE

TÉCNICA ANESTÉSICA

OBSS. AÇÕES:

☐ ECG    ☐ PVC    ☒ Oxímetro    ☐ \_\_\_\_\_  
☐ PAM    ☒ PANI    ☐ Capnógrafo    ☐ \_\_\_\_\_

GASES	l/min	Início	Fim	Tempo
Oxigênio				
Ar Medicinal				

Atropina	02	amp	Dopamina	amp	Neostigmina	amp	Rennitil	amp	fr
Adrenalina		amp	Dormonid	amp	Nipride	amp	Ranitidina	01	amp
Água Dest. 10ml		amp	Efortil	amp	Noradrenalina	amp	Ringer lactado		fr
Cipro 500mg		fr	Efedrina	amp	Neocafina 0,5% Pesada	amp	Sufenlani		amp
Cefazolina 1g		amp	Fentanil (s/ cons.)	amp	Neocafina 0,5% Isobar.	amp	S.Fisiol. 0,9%	01	fr
Clenidina		amp	Fentanil (frasco)	fr	Omeprazol	fr	S.Glicosado 5%		fr
Coloide ( )		fr	Sevoflurano	ml	Pancurônio	amp	Tracrium		amp
Cortametasona		amp	Hidrocortisona	fr	Profenid	amp	Transamin		amp
Eszepam		amp	Isoflurano	ml	Propofol	fr	Novabupi 2,5%	V	fr
Efnorf		amp	Manitol	fr	Protamina	amp	Lidocafina 1%	V	fr
Efrona		amp	Metronidazol	fr	Quelicin	fr			
Eutamina		amp	Narcan	amp	Quetamina	fr			

Amesobiologista - CRM

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 05/08/2015  
Isadora Maria Andrade Silva  
019065-9





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

**GERAL**

DADOS DO PACIENTE	
Nome:	<u>Marcelo Barbosa de L.</u>
Nascimento:	<u>1/1/</u>

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 infecção  
CDC B

devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de ablação da glândula  
de Meibomius.

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

1. Ortografia
2. Infecção
3. Alérgicas
4. Efeitos Trófico-bacterianos
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 \_\_\_\_\_.

Chur  
Tara Francisca dos Santos Leal  
DIRETORA GERAL DO HGV  
CPF: 150.886.693-72

Paciente ou Responsável e RG

Médico Responsável CRM

Dr. Ingrid de Amorim Júnior  
DIRETOR TÉCNICO ASSISTENCIAL  
CRM-PI: 19.98

Av. Frei Serafim, 235 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 86-3221-3040

Dr. Manoel Barbosa  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Frm. 1508/15  
Frm. 1508/15 Silva





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: <u>Bereimha Barbosa da Silva</u>					
DATA DE NASCIMENTO: <u>02/02/53</u>		IDADE: <u>56 anos</u>			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>23/06/15</u>					
2. FATORES PREDISPOÑENTES (Marque com um "X")		1ª AVALIAÇÃO	2ª AVALIAÇÃO	3ª AVALIAÇÃO	4ª AVALIAÇÃO
Criança ≤ 5 anos					
Idosos ≥ 65 anos, sem acompanhante		X	X		
Uso de medicações que altera o SNC (exemplos: midazolam, bromazepam, diazepam, fenobarbital, morfina, nalbufina, carbamazepina, dextroclorfeniramina, fenitoina, clorpromazina, isoflurano, halotano, tiopental, propofol). Outros:					
Uso de diuréticos/laxantes (urgência urinária/intestinal)		X	X		
Distúrbios neurológicos					
Dificuldades de marcha					
Déficit sensitivo (visão, audição, tato)					
Alteração do nível de consciência					
Indicação de repouso no leito					
3. GRAU DO RISCO DE QUEDAS (Marque com um "X")		1ª AVALIAÇÃO	2ª AVALIAÇÃO	3ª AVALIAÇÃO	4ª AVALIAÇÃO
Alto risco (vide verso)					
Baixo risco (vide verso)		X	X		
4. MEDIDAS PREVENTIVAS		1ª AVALIAÇÃO	2ª AVALIAÇÃO	3ª AVALIAÇÃO	4ª AVALIAÇÃO
Não deixar o ambiente totalmente escuro*		X	X		
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		X			
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devem ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta		X			
Manter as grades da cama elevadas durante todo o período		X	X		
Manter a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito		X	X		
Orientar necessidade de acompanhante		X	X		
Manter ao alcance do paciente pertences e objetos mais utilizados		X	X		
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante		X	X		
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições		X	X		
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com o enfermeiro		X	X		
Declaro que recebi o folder de orientação para Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar na primeira avaliação e que este paciente foi avaliado, bem como entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.					
AVALIAÇÃO	PACIENTE/ACOMPANHANTE (Assinatura)	ENFERMEIRO (Assinatura)			
1ª	X <u>Marcelino de Oliveira Silva</u>	<u>Luciano de Carvalho e Silva</u>			
2ª		<u>Edna Maria Andrade Silva</u>			
3ª					
4ª					

\* Medidas preventivas adotadas para pacientes com Baixo Risco de Quedas

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

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



V) RISCOS: ( ) Não (X) Sim. Qual? ( ) Queda ( ) UPP ( ) Flebite

Alergia: ( ) Não (X) Sim. Qual? Dipirona e derivados

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

Qual(is):

Perim, laparoscopia e cauterização uterina + cirurgia  
prolapseda e retirada de cisto sebáceo na região lombar

Qual o ano? nao se lembra

(VII) EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

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

Em que necessidade: (X) Cirurgia (X) 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: fisioterapia

(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)?

nao

O Sr. ou Sr.<sup>a</sup> gostaria de fazer alguma pergunta em relação a 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 Sr.<sup>a</sup> gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Nome: \_\_\_\_\_

Identificação/Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco (se aplicável): \_\_\_\_\_

Data: 23/06/15 Hora: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO

CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 05/08/2015  
Edna Maria Andrade Silva  
110065-9

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

**AVALIAÇÃO SOCIAL**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	<u>Feresinha Barbosa da Silva</u>
Prontuário:	Clinica: <u>Ortopedia 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 <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Índio
Endereço:	<u>Manoel Vieira</u> Bairro: <u>Gil Marques</u>
Município:	<u>Novo Oriente (PI)</u> Telefones: <u>(99) 99999-8869</u>
Responsável (Caso se aplique):	<u>Marlonio de Oliveira Silva [9906-5344]</u>
Pessoa Com Deficiência?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Qual?
Estudante?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Não Alfabetizado <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior
Religião:	<input type="checkbox"/> Não Tem <input checked="" type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Outra:

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

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

INFORMAÇÕES GERAIS	
Em caso de Acidente solicitou o DPVAT	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Utilizando TFD:	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não se Aplica	
Passe Livre?:	
<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não se Aplica	
Paciente Informado Sobre Proposta de Tratamento:	
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Com Dúvidas	

MOD. 20-HGV

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



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

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gracinha 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: Barreadora  
Escolaridade: ( ) Analfabeto (X) Ensino fundamental ( ) Ensino médio ( ) Superior  
Barreira na comunicação: (X) Não ( ) Sim.  
Qual? \_\_\_\_\_  
Apresenta déficit: ( ) Não (X) Sim, Qual? ( ) Visual ( ) Auditivo (X) Motor  
( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Transtorno mental: (X) Não ( ) Sim.  
Qual? \_\_\_\_\_  
Mora sozinho? (X) Sim ( ) Não. Mora com familiares/outros? ( ) Sim ( ) Não

2 ITENS POSITIVOS:  
ACIONAR SERVIÇO SOCIAL  
RELIGIÃO: BARREIRA NA  
COMUNICAÇÃO,  
TRANSTORNO MENTAL

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

( ) Não possui (X) Hipertensão Arterial (X) Dislipidemia ( ) Diabetes *melitus* ( ) Insuficiência Renal Crônica / Aguda  
( ) Cardiopatias ( ) Câncer ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Usuário de drogas ilícitas ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Faz uso de medicamentos? ( ) Não (X) Sim

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

ACIONAR FARMACEUTICO  
(Quando paciente trouxer  
medicação de casa)

IV - EXAME FÍSICO

a) SINAIS VITAIS:

PA 9x6 P. 97 ( ) Filiforme (X) Cheio ( ) Rítmico ( ) Arritmico  
T. 36.8 FR \_\_\_\_\_  
Oxigênio: ( ) Sim ( ) Não Dor: ( ) Não (X) 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 Kg/m<sup>2</sup>)  
( ) Não se aplica

2 ITENS POSITIVOS  
ACIONAR A NUTRICIONISTA  
(Atenção nutricional)

c) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

(X) Consciente (X) Orientado ( ) Desorientado ( ) Comatoso ( ) Sonolento ( ) Sedado ( ) Torporoso  
ESCALA DE COMA GLASGOW: \_\_\_\_\_

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

2 ITENS POSITIVOS  
ACIONAR O PSICÓLOGO

MOD. 204-HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 05/05/2015  
Edna Maria Andrade Silva  
019065-9

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Regenir Barchi

105-05

DA CLÍNICA:

Uniparc

À CLÍNICA:

Parque Sign

MOTIVO DA CONSULTA

1650  
mic barchi

DATA:

23/04/18

PARECER:

Dr. Fco. Fábio Sousa Silvestre  
CRM/PI 18333  
Medicina e Cirurgia do Pés e Tornozelos  
TEOT 12036  
ASS. MÉDICO CONSULTANTE

DATA:

/ /

MOD. 11 - HGV

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Luciano de Carvalho e Silva



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

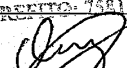
EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ LEITO: 105-S PROCEDIMENTO: 

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

NOME: Terézinha Barbosa da Silva

Data: 26/06/15 \_\_\_\_\_ dia de UTI/Diagnóstico: \_\_\_\_\_

M A N H Ã	Nível de consciência:	<u>consciente, orientada</u>	
	Padrão de Resposta Motora:	<u>limitação de movimento em MID</u>	
	S. Respiratório: (X) Espontânea - VAA: ( ) TOT - ( ) TQT		
	Ritmo: <u>regular</u> Profundidade: <u>Normal</u> FR(espontânea)		
	Tosse: ( ) Produtiva ( ) Seca - Ausculta Pulmonar:		
	Secreção: ( ) -/4 ( ) +/4 ( ) ++/4 ( ) +++/4 Aspecto:		
	Oxigenoterapia: <u>5 l Aporte de O<sub>2</sub></u>		
	S. Cardiovascular: PA: FC: Perfusão Capilar:		
	Conduta Fisioterapêutica: (X) Respiratória (X) Motora		
	Observações:		
<u>Cássio Silva Magalhães</u> Fisioterapeuta CREITO: 15811  Carimbo/Assinatura			

T A R D E	Nível de consciência:		
	Padrão de Resposta Motora:		
	S. Respiratório: ( ) Espontânea - VAA: ( ) TOT - ( ) TQT		
	Ritmo: Profundidade: FR(espontânea)		
	Tosse: ( ) Produtiva ( ) Seca - Ausculta Pulmonar:		
	Secreção: ( ) -/4 ( ) +/4 ( ) ++/4 ( ) +++/4 Aspecto:		
	Oxigenoterapia:		
	S. Cardiovascular: PA: FC: Perfusão Capilar:		
	Conduta Fisioterapêutica: ( ) Respiratória ( ) Motora		
	Observações:		
Carimbo/Assinatura HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CONFERE COM ORIGINAL Em, <u>05/08/2015</u> <u>Edna Maria Andrade Silva</u> 019065-9			

MOD. 259-HGV



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

NOME: Gezenilne Barbosa da Silva PRONTUÁRIO

ENF. 405 LEITO 05 IDADE DATA 27/06/15

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	APRAZAMENTO
<b>1 - Higiene corporal</b> (X) Realizar / auxiliar: banho no leito - aspersão - cadeira higiênica ( ) Realizar / auxiliar: higiene oral (clorhexidina/escova) ocular (SF) ( ) Realizar higiene íntima a cada troca de fralda ( ) Realizar massagem de conforto e hidratação ( ) Realizar tricotomia ( ) Realizar lavagem do couro cabeludo	m m	
<b>2 - Alimentação</b> ( ) Jejum para: ( ) Auxiliar, estimular, observar e anotar aceitação da alimentação ( ) Estimular ingestão hídrica		
<b>3 - Conforto físico</b> ( ) Manter repouso absoluto / relativo ( ) Realizar mudança de decúbito de / horas ( ) Orientar o paciente quanto à movimentação ativa no leito ( ) Sentar na poltrona por: ( ) Estimular/auxiliar na deambulação ( ) Manter grades elevadas ( ) Proteger proeminências ósseas com coxins ( ) Realizar e supervisionar medidas de contenção	atenção	atenção
<b>4 - Eliminações</b> ( ) Anotar frequência e aspecto das evacuações ( ) Oferecer papagato/aparadeira		
<b>5 - Curativo</b> (X) Realizar curativo em região: <u>M.D</u> ( ) Realizar curativo em cateteres: ( ) Realizar curativo do dreno: ( ) Realizar curativo de úlcera por pressão: ( ) Observar e anotar aspecto da FO	m	08 15 22
<b>6 - Conforto respiratório</b> ( ) Observar e comunicar dispnéia / cianose		
<b>7 - Observar, anotar e comunicar</b> ( ) Alterações dos sinais vitais ( ) Sinais de hipo/hiperglicemia; 60 > glicemia capilar < 120 mg/dl ( ) Mudança do nível de orientação ( ) Local de punção venosa (sinais flogísticos) ( ) Edema / hematoma / equimose / tremor / câimbras ( ) Náuseas / vômitos ( ) Queixas algícas: local / intensidade ( ) Hiperemia em proeminências ósseas e partes moles	atenção	
<b>8 - Cuidados específicos</b> ( ) Fazer rodízio no local da aplicação de insulina ( ) Fazer rodízio no local da glicemia capilar ( ) Comunicar e registrar queixas algícas: local/intensidade		
<b>9 - Hemodinâmica</b> ( ) Verificar e anotar SSV de 8 / 8h ( ) SVD ( ) SNG ( ) Equipe de nutrição enteral		
<b>10 - Cuidados pré-operatório</b> ( ) Retirar próteses e adornos ( ) Encaminhar ao banho de aspersão ( ) Fornecer vestimenta adequada ao ato cirúrgico ( ) Encaminhar o paciente ao CC com prontuário e exames ( ) Realizar tricotomia na região:		
<b>11 - Cuidados pós-operatório</b> ( ) Medir diurese ( ) Registrar e comunicar presença de sangramento na FO		

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

Simone Maia da Silva  
ENFERMEIRA  
Simone Maia da Silva  
ASSINATURA/CARIMBO ENFERMEIRO(A)

MOD-109-HGV

**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 PIAUI - 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)

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

TERESINA - PI 23/06/2015

Profissional 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

*Ortopedia***LAUDO MÉDICO**

Paciente: **TERESINHA BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 1365197)  
Endereço: POV. CHAPADA - ZONA RURAL - NOVO ORIENTE DO PIAUI - 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: SUS

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0202020380

Data Exame: 23/06/2015

**HEMOGRAMA COMPLETO****ERITROGRAMA**

	Encontrado:	Referência:
Índices:	4,00	4,5 a 6,0 millhoes/mm <sup>3</sup>
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**

	Encontrado:	Referência:
Leucometria:.....	6230	4.000 - 11.000
Mielócitos:	0,0	0,0 - 0,0
Metamielócitos:	0,0	0,0 - 0,0
Basófilos:	0,0	0 a 3 %
Eosinófilos:	1,0	1 a 5 %
Bastonetes:	✓ 2,0	0 a 4 %
Segmentados:	65,0	40 a 70 %
Linfócitos:	26,0	20 a 50 %
Monócitos:	6,0	2 a 10 %

OBSERVAÇÃO: Leucocitos morfologicamente normais.

**PLAQUETAS**

	Encontrado:	Referência:
Plaquetas:	154,000	150.000 a 450.000 /mm <sup>3</sup>
VPM:	8,3	6 a 12 fL
Plaquetócrito:	0,129	0,141 a 0,261 %
PWD:	17,7	

OBSERVAÇÃO: Discreta Plaquetopenia

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 05/07/2015  
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



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=18051916253731400000002128147

Número do documento: 18051916253731400000002128147

Num. 2183733 - Pág. 16

**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 PIAUI - 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

**RETRAÇÃO DO COÁGULO**

Controle: 442305 Cod. SIA: 0202020495 Data Exame: 23/06/2015

Encontrado:

Valor de Referência:

Pag: 1 de 2

TERESINA - PI 23/06/2015

Profissional Responsável

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

simha Barbosa de Souza  
DN: 02.08.1959  
idade 56 anos

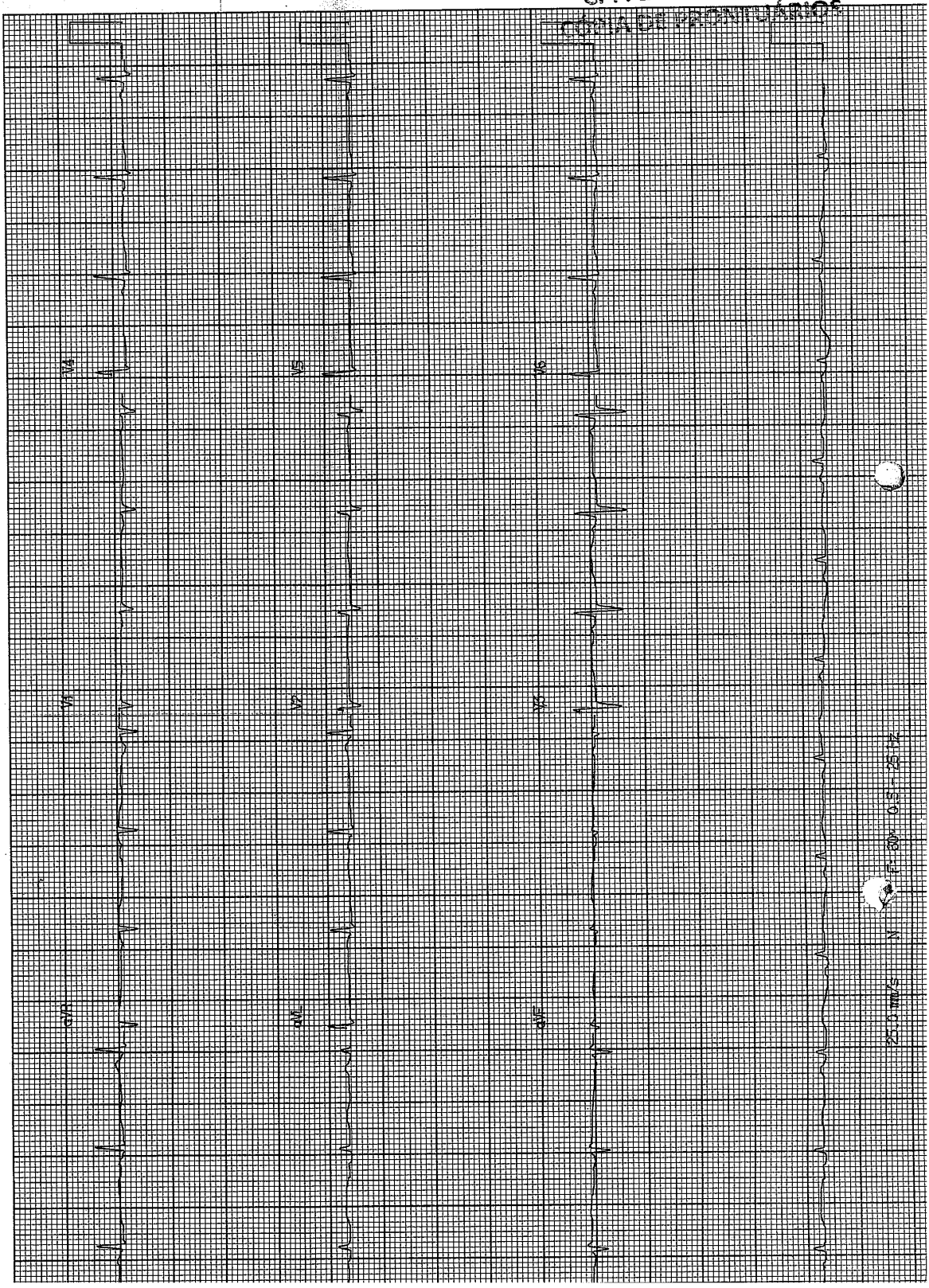
ASS. MEDICO ESPECIALISTA

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL

Em, 05/08/2015  
Edna Maria Andrade Silva  
Matrícula: 019065-9

CPF: 275.080.303-97

CÓPIA DE PRONTUÁRIO



# FOLHA DE CONTROLE

PRONTUARIO:	LEITO:	PESO:	IDADE:
1365187	105-5		
INTERNAÇÃO:	GS./F. RH	DATA	
		27.6.10	

[illegible]

3. ESCALA NUMÉRICA DA DOR:

sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 pior dor

- Decúbito Dorsal
- Decúbito Lateral Direito
- Decúbito Lateral Esquerdo
- Decúbito Ventral

## 2. MUDANÇA DE DECÚBITO:

(-) Absente  
(+) Pequena quantidade  
(++) Média quantidade  
(+++ Grande quantidade

1. EVACUAÇÕES:

OD. 139 - HGV



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

**PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM**

NOME: <u>Leonor Barboza da Silva</u>	DATA DO NASCIMENTO:	Nº DO PRONTUÁRIO:
DATA: <u>01/15</u>	HORÁRIO:	CLÍNICA: <u>Ortopedia</u>
		ENFERMEIRO: <u>10515</u>

1. CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA	SIM	NÃO
Nível de consciência/orientação: Consciente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Orientado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Desorientado ( ) Torporoso ( )		
Resposta motora ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sem déficit motor ( ) Com déficit motor		
Resposta verbal ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Fásica ( ) Disártrico ( ) Afásico		
2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA		
<u>Insulina 500mg 1x 12/18/24 06</u>		
<u>Unasol 40mg - 1x 12/18/24 06</u>		
<u>Unasol 40mg - 1x 12/18/24 06</u>		
3. DISPOSITIVOS EM USO		
Curativo		
Cateter de duplo lumen		
Sonda vesical de demora		
Sonda vesical de alívio (Cateterismo intermitente)		
Dreno		
Fixador externo ortopédico		
Sonda enteral/nasogástrica		
Colostomia		
Outro, especifique:		
4. ORIENTAÇÕES PARA A ALTA:		
<u>Medicação (insulina)</u>		
<u>Unasol 1x no dia</u>		
5. GRAU DE DEPENDÊNCIA: ( ) Grau I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Grau II ( ) Grau III ( ) Grau IV		
6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS:		
ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO:		

* CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO CUIDADO PÓS-ALTA	
<b>GRAU I</b> * DEAMBULA SEM AUXÍLIO; * TOMA BANHO E ALIMENTA-SE SOZINHO; * SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO; * ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DO AUTO-CUIDADO	<b>GRAU II</b> * 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-OPERATORIO DE ROTINA;
<b>GRAU III</b> * NECESSITA DE AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO, NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO; * CUIDADOS PÓS-OPERATORIO COMPLEXOS; * ALTERAÇÕES DISCRETA DE COMPORTAMENTO; * OBSERVAR FREQUENTEMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE;	<b>GRAU IV</b> * ACAMADO NO LEITO; * HIGIENE NO LEITO; * ALIMENTAÇÃO POR TUBOS OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL; * REQUER MEDIDAS COMPLEXAS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA; * COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATORIAS; * 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  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 05/05/2015  
Edna Maria Andrade Silva  
Matrícula: 019065-9


TERESINHA B DA SILVA

ORTOPEDIA

105-03

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. Marcelo Balbino  
Oncologia Ortopédica  
CRM-PI 37715/2014

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

TERESINHA B DA SILVA

ORTOPEDIA

105-03

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. Marcelo Barbosa Ribeiro  
Ortopedia Ortopédica  
CRM-PA 3777/CRM-MA 4107

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 08/08/2015  
Edna Maria Moura da 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

Prontuario:  
1365197

Internação:  
94405

Nome: **TERESINHA BARBOSA DA SILVA**

End. Resid.: POV. CHAPADA - ZONA RURAL

Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUI - PI

CEP: 64530-000

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

Internação		Alta		Permanência
Data	Hora	Data	Hora	
23/06/2015	09:21	24/06/15		4 dias

## Diagnósticos:

CID	Cod. CID:
CID Principal: <i>Prat. P. U. C.</i>	5 0 0 1
CID Secundário: <i>INFEC T. M. J. B. D. S. P. U.</i>	
CID Causa Morte:	

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

*com sinais de AM*

## EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

*sem sinais de AM / dia 24/06/15*

## MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: *24/06/15* Tipo:

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL

Em, *05/08/2015*  
Edna Maria *Barbosa da Silva*  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

## PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

*ACORDO APÓS AM*

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

## TRANSFERÊNCIA:

a cedida por:


le:

*Dr. Marcelo Barbosa da Silva*  
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



# SUMÁRIO DE ALTA

 <b>HOSPITAL GETULIO VARGAS</b> Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040 TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43		Prontuario: 1365197 Internação: 93440		
Nome: <b>TERESINHA BARBOSA DA SILVA</b> 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: Viuvo(a)	Profissão: LAVRADORA
Internação		Alta		Permanência
Data	Hora	Data	Hora	
15/05/2015	16:13	27/06/15		
Diagnósticos: <i>fratura plav. fíb. @</i>				
CID Principal:				Causa Morte:
CID Secundário:				
CID Causa Morte:				
SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes): <i>estável</i>				
EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA: <i>estável</i>				
MEDICAÇÕES:				
CIRURGIA: Data: ____/____/____ Tipo: ____				
PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: <i>Acompanhamento fisioterápico Dr. Leonardo / Dr. Felipe</i>				
Tipo de Alta: ( ) Curado (x) Melhorado ( ) Pedido ( ) Evasão ( ) Administrativa ( ) Óbito ( ) Transferência outro serviço ( ) Outro motivo.				
TRANSFERÊNCIA: Vaga cedida por: _____ Transporte: _____				
Nome: _____				

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 Em, 08/06/2015  
 Edna Maria Andrade Silva  
 Matrícula: 012065-9  
 CPF: 275.020.303-97  
 CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Dr. Danilo Mitohi Chagas  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM-PI 4437 / CRM-AM 14.898  
 TEOT. 12.902

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente





PACIENTE: Reginaldo de Silva

APTº

ENF: 07LEITO: 01

REGISTRO:

## FOLHA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO

05/15

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		RUBRICA
		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		
<p>1) 18:00h PA=105x71mmHg P=93bpm</p> <p>2) 6:10h 14-05-15 P=64bpm PA=120x80mmHg 3) 17:00h 14-05-15 PA=130x80mmHg P=95bpm, Eax=37-0°C paciente se queixa de dor no 3º dedo mão esquerda +</p> <p>4) 05:15min PA=130x80mmHg P=66bpm</p>	<p>1) 18:00h</p> <p>2) 6:10h</p> <p>3) 17:00h</p> <p>4) 05:15h</p>			<p>COELHO ALVES COREN-PI 65722</p> <p>Meni Vieli COREN-PI 65722</p> <p>Carliene Alves de Sil COREN-PI 65722</p>
<p>1) Dieta livre</p> <p>2) 500ml de água</p> <p>3) Amoxicilina 500mg 1x15ml</p> <p>4) Dipirona 1000mg 1x15ml</p> <p>5) Dipirona 1000mg 1x15ml</p> <p>6) Hidratação 500ml</p> <p>7) 1000ml de água</p>	<p>1) 18:00h</p> <p>2) 6:10h</p> <p>3) 17:00h</p> <p>4) 05:15h</p> <p>5) 18:00h</p> <p>6) 6:10h</p> <p>7) 17:00h</p>			

PACIENTE: Terentinha Barbosa da Silva

DATA: 12 / 05 / 15

FERMARIA: 07

LEITO: 01

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (SAE)

[illegible]



PACIENTE: Teveinha Barbosa da Silva

DATA: dd / 05 / 15

FERMARIA: 07

LEITO: 91

**DÍAGNÓSTICO MÉDICO:**

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (SAE)

[illegible]

Dr. Luciana M. Dantas Martins  
Enfermeira  
COREN-PI 37520  
CNS: 2015604983100001



**PACIENTE:**

DATA: 13105115

**INFERMARI:**

LEITO:

0

**DIAGNÓSTICO MÉDICO:**

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (SAE)

[illegible]

PACIENTE: Quintina Barbosa da Silva

DATA: 15 / 05 12034

FERMARIA: 07 LEITO: 01 DIAGNÓSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (SAE)

[illegible]

## **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.



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					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento da função vital ou autônoma	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autônoma, respiratória, cardiovascular, 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					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo 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 braço					

