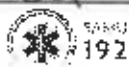
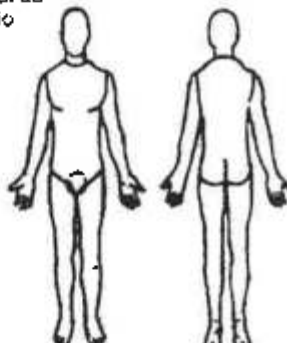
	<p align="center"><b>GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ</b>  <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE OEIRAS</b>  <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>  <b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192</b></p>	<p align="right">REGISTRO DE ATENDIMENTO</p>
		<p>Nº <u>02</u></p> <p align="right">  </p>

atendimento 192

**REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

CHAMADO	AMBULÂNCIA ACIONADA: <u>02</u> DATA: <u>30/05/18</u> DIA DA SEMANA: Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input checked="" type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/>
	LOCAL DA OCORRÊNCIA Endereço: <u>Rua Dom João Viana</u> nº <u>...</u> Bairro: <u>Quilom Nova</u> Ponto de Referência: <u>Delegacia</u>
	DADOS DO PACIENTE NOME: <u>Marcilene de Carvalho Sousa</u> IDADE: <u>31</u> SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
	DADOS DO CHAMADO 1. SAÍDA DO P.A.: <u>19:22</u> 2. CHEGADA AO LOCAL: <u>19:26</u> 3. SAÍDA DO LOCAL: <u>19:35</u> 4. CHEGADA AO HOSPITAL: <u>19:37</u> 5. SAÍDA DO HOSPITAL: <u>20:01</u> 6. CHEGADA NO P.A.: <u>20:06</u>

O DE OCORRÊNCIA	01- ACIDENTE DE TRÂNSITO 02- AGRESSÃO FÍSICA-ESPANCAMENTO 03- AGRESSÃO FÍSICA-FAF 04- AGRESSÃO FÍSICA FAB 05- URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA 06- TENTATIVA DE SUICÍDIO	07- ENVENENAMENTO 08- AFOGAMENTO 09- CHOQUE ELÉTRICO 10- QUEDA 11- URGÊNCIA CLÍNICA 12- QUEIMADURA	13- URGÊNCIA OBSTÉTRICA <input checked="" type="checkbox"/> 14- TRANSFERÊNCIA 16- OUTROS 17- JÁ REMOVIDO 18- FALSO CHAMADO
	Índices de ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 3- Ignorado		

EXAME FÍSICO	GLASCOW= <u>15</u>			Local da lesão 
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA 3- À VOZ 2- À DOR 1- NENHUMA	ORIENTADO 4- CONFUSA 3- PALAVRAS INAPROPRIADAS 2- PALAVRAS INCOMPREENSÍVEIS 1- NENHUMA	OBEDECE A COMANDOS 5- LOCALIZA DOR 4- RETIRA O MEMBRO 3- DE CORTICAÇÃO 2- DO CÉREBRO 1- NENHUMA	
	PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/> 1- NORMAIS 2- CONTRAÍDAS 3- DILATADAS 4- DESIGUAIS	PULSO RADIAL <input checked="" type="checkbox"/> 1- CHEIO 2- FINO 3- AUSENTE	SINAIS VITAIS P <u>94</u> bpm R <u>...</u> rpm T <u>36,5</u> °C PA <u>120/80</u> mmHg Sat. O <sub>2</sub> <u>99</u> % FC <u>...</u> bpm	

PROC. F. IZADOS	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> OXIGÊNIO <input checked="" type="checkbox"/> CURATIVOS <input checked="" type="checkbox"/> PRANCHA LONGA <input type="checkbox"/> PRANCHA CURTA	<input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	<input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR <u>151</u> <input type="checkbox"/> OUTROS <u>SSVU</u>
	DESTINO 1- HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO <input type="checkbox"/> 2- OUTRO <u>...</u> CONDIÇÕES DE ENTRADA <input checked="" type="checkbox"/> 1- MELHORADO 2- PIORADO 3- INALTERADO		

OBSERVAÇÕES: paciente consciente, orientada a vítima de acidente motociclistica moto x carro, apresentando hemorragia da base da cabeça apresentando olhos claros e corte na região da cabeça

Responsável pela recepção

Socorristas  
 Enfermeira Rosa Maria  
 AE / TE Rosa Maria  
 Condutor Liberman

Rosa Maria Maia  
 Técnico de Enfermagem  
 COREN-PI 000201907

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.890.749/0001-897 - Ins. Estadual: 19.301.343-5  
Nota Fiscal / Centro de Cotação Eletrônica - Sane E-1  
Regime especial de Imposto de Renda pelo SELIC 06/90

Nº da Nota Fiscal 007459499

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEZ, foi criada  
pelo Lei nº 9.438 de 30 de agosto 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	28/06/2018	35	52,08

MARIA ALVES DE CARVALHO  
R. 07 DE SETEMBRO 61 R ROSARIO ROSARIO  
CPF: 00068631294349  
CEP: 64.500-000 - OBRAS

ROT: 60.770.16.04.046610

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	4182	Atual:	22/06/2018
Anterior:	4087	Anterior:	23/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/07/2018
Consumo Médio:	95	Limite:	20/06/2018
Consumo Exatidão:	95	Atualização:	22/06/2018

Class/Subclass	Unidade	Nome Medidor	Power	Código Est.	Média 12 meses
RESID. Bx. RENDA	1000			01-1	

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mai/18 101	CONSUMO 30 A R\$ 0,277560 = 8,32
ABR/18 131	65 A R\$ 0,475832 = 30,92
MAR/18 117	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 2,88
FEV/18 203	DIFERENÇA DE TARIFA 37,50
JAN/18 163	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 27,54
DEZ/17 202	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,13
NOV/17 117	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,75
OUT/17 219	
SET/17 131	
AGO/17 125	

TREFA COM 12 BANCOS:  
0 A 30 - 0,302560  
31 A 60 - 0,302560

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 20/06/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO CE13.94E1.9383.4C00.0DAB.8949.CE7B.4050

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Mutuação: 10,09	Base de Cálculo: 76,74
Energia: 30,53	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 1,81	Valor de ICMS: 16,88
Encargos: 4,87	Valor de PIS: 0,62
Impostos: 20,39	Valor de COFINS: 2,89

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
01	02	03	04	05	06	07	08
5,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54	
0,00			0,00			0,00	

OBRAS

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**

Nº Sinistro: **3180331843**

Vitima: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**

Data do Acidente: **30/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **RANYERE MARTINS SILVA**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180331843**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **30/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221 206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala);

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da Vítima: **042.401.803-92** Nome completo da vítima: **MARCIENE DE CARVALHO SOUSA**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: **MARCIENE DE CARVALHO SOUSA** CPT titular da conta: **042.401.803-92** Profissão: **ALCANTARAL DE BUCAL**  
 Nascimento: **07 DE SETEMBRO** Número: **61** Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: **ROSÁRIO** Cidade: **DEIRAF** Estado: **PEAUI** CEP: **64.500-000**  
 Ental: \_\_\_\_\_ Ictiône (DDD): **89-99420-2182**

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

☒ BRABESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: **1383** CONTA: **25662**  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

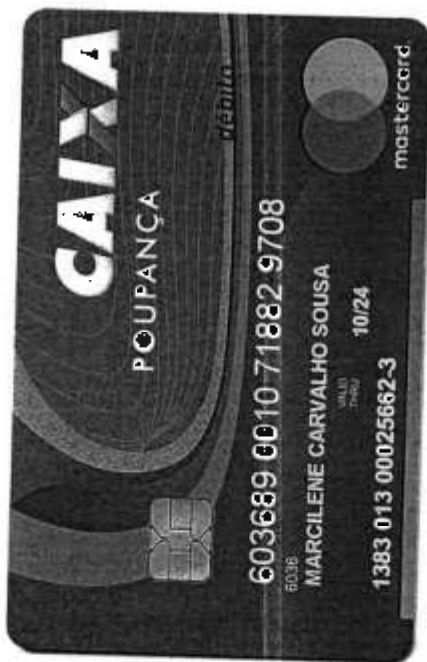
BANCO: \_\_\_\_\_ Nº da conta: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

**DEIRAF 10 de JULHO de 2018**  
 Local e Data  
**Marcilene de Carvalho Sousa**  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**  
**19 JUL 2018**  
**DPVAT**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**

Nº Sinistro: **3180331843**

Vítima: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**

Data do Acidente: **30/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180331843**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13131750



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01383

CONTA: 000000025662-3

---

Nr. da Autenticação 8130689D38E67A37

**SUS****SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**LÁUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH**

UNIDADE

Nome

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Código / CNPJ

06.553.564/0013-71

Endereço

Av. Rui Barbosa, 586

Município

OEIRAS

UF

PI

CEP

64.500-000

FONE

(89) 3462-1213

ÓRGÃO EMISSOR

Nome do Paciente

MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

Endereço-Rua-Número-Bairro

AV. GETÚLIO VARGAS

Município

OEIRAS

UF

PI

CEP

64.500-000

Data do Nascimento

12-09-85

SEXO Masculino Feminino

☐ 1☒ 3

CONDIÇÃO

Segurado Cônjuge

☐ 2☐ 4

Filho

☐ 6

Outro Dep

☐ 8

Nome do Segurado

PIS/PASEP Nº Individual

Vínculo com a Previdência

Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado

☐ 1☐ 2☐ 3☐ 5☐ 7☒ 9

Não

Segurado

CNPJ da Empresa

06.553.564

CPF do Médico Solicitante

004.997.523-7

Proced. Solicitado

010402201

Cart. Int

01

Data Emissão

31-05-18

CPF Médico Responsável

138.744.743-7

Ass. Médico Responsável

Cristina

PREENCHER EM CASO DE  
ACIDENTE DE TRÂNSITO

Causa Externa

CNPJ da Seguradora

Nº do Bilhete

Série

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Paciente com hifematomas esquerdo,  
ferimentos cortes contusos em face, diminuição  
de abertura de boca.

Condições que Justificam a Internação

Necessidade de tratamento cirúrgico

Principais Resultados de Provas Diagnósticas

TC de Crânio

Diagnóstico Inicial

Fraturas Complexas em Face

Procedimento Solicitado

RED+FIR de Fraturas Complexas em  
Face

Clínica

Cirúrgica

Obstétrica

Cli. Médica

☐ 1☐ 2☐ 3

Fisioterapeu

Pneumologia

Pediátrica

Outros

☐ 4☐ 5☐ 7☐ 9

Assinatura do Médico Solicitante (Examinador)

Cristina

CPF: 004.997.523-7

CRM

Data

31/05/18

O.E.: E220000001 ESFERA: PÚBLICO APRESENTAÇÃO: 07 / 2018  
Num.AIH: 221810150450-9 Situação: EXPORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 07/2018 Data Autorização: 31 / 05 / 2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: E220000001 CRC: 035ACD400C  
Doc autorizador: 705709454436030 Doc med resp: 207284649980001 Doc diretor clínico: 207284649980001 Doc médico solíc: 980016296715671  
CNS: 2777762 - HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO Prontuário: 28595  
Paciente: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA Doc: 2488908  
Data Nasc.: 12 / 09 / 1985 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade  
Responsável pac.: JACHELINE DE CARVALHO SOUSA Nome da Mãe: MARIA ALVES DE CARVALHO SOUSA  
Endereço: AVENIDA PETRONIO PORTELA 274 Bairro: Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA  
Município: 220700 - OEIRAS UF: PI CEP: 64500-000 Telefone: (89)9942-02182 Muda Proc.: NÃO

Procedimento solicitado: 04.04.02.051-8 - OSTEOSSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA  
Procedimento principal: 04.04.02.051-8 - OSTEOSSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA  
Diag. principal: S029-FRATURA DO CRANIO OU DOS OSSOS DA FACE, PARTE NAO ESPECIFICADA  
Complementar: Diag. secundário:  
Carater atendimento: 01 - ELETIVO Causa Óbito:  
Data internação: 31 / 05 / 2018 Data saída: 22 / 06 / 2018 Mot saída: 11 - ALTA CURADO Modalidade: HOSPITALAR  
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 pl	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0404020518	980016296715671	223268(1)	2777762	2777762	1	05/2018	OSTEOSSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DA
2	0404020518	207284649980001	225225(2)	2777762	2777762	1	05/2018	OSTEOSSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DA
3	0404020518	203833911260008	225151(6)	2777762	2777762	1	05/2018	OSTEOSSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DA
4	0301010170	980016296715671	223268	2777762	2777762	22	05/2018	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
5	0202020380			2777762	2777762	1	05/2018	HEMOGRAMA COMPLETO
6	0202010317			2777762	2777762	1	05/2018	DOSAGEM DE CREATININA
7	0202010473			2777762	2777762	1	05/2018	DOSAGEM DE GLICOSE
8	0202010643			2777762	2777762	1	05/2018	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-
9	0202010651			2777762	2777762	1	05/2018	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-
10	0802010016			2777762	2777762	22	06/2018	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
11	0802010199			2777762	2777762	18	05/2018	DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
W199	PREEXISTENTE	QUEDA SEM ESPECIFICACAO - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos: Número de Saídas: Nº Pré-Natal:  
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

\*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\*

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

## RELATORIO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE, A PACIENTE, MARCILENE DE CARVALHO SOUSA, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 30/05/2018, APRESENTANDO, T.C.E, COM FRATURAS NA FACE e AFUNDAMENTO DO OSSO ZINGOMATICO e QUEIMADURA DE 2º GRAU NA PERNA DIREITA. FEITO ANALGESSICO, ANTIINFLAMATÓRIO, INTERNAÇÃO, CIRURGIA PARA FIXAR PLACAS NA FACE, EXAMES e FISIOTERAPIA.

FOI EXAMINADO POR MIM E CONSTATADO PERDA FUNCIONAL DE 50% NO MEMBRO AFETADO OSSOS DA FACE e 40º NO (M.I.D) SEQUELADA.

OEIRAS, 21 DE AGOSTO DE 2018.



Nilson Cronemberger  
CRM 12.345  
CPF 000.000.000-00



DR : NILSON CRONEMBERGER

TOTONHO FREITAS,  
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000  
CNPJ: 06553564001371  
(89) 3462-1213 - ( )

Atendimento: P033402  
Data: 30/05/2018  
Funcionario: SILVA

Registro: 5331  
Hora: 19:47:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: FEMININO

**Senha 117**

**SUS**

**MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**

CPF: - RG: 2488908 - CARTAO DO SUS 700509772332450

Nasc.: 12/09/1985 Idade: 32 ANOS, 8 MESES, 18 DIAS Profissao:

Civil: CEP: 64500-000

End.: AV. PETRONIO PORTELA, 274 -

Bairro: OEIRAS NOVA Cidade: OEIRAS/PI

Cor: SEM Telefone: ( ) -

Mãe: MARIA ALVES DE CARVALHO SOUSA Pai: FRANCISCO XAVIER CARVALHO

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6482 - FABRICIO PINHEIRO BEZERRA MELO

SUS: 700509772332450

Responsavel: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 0

**Procedimentos**

30/05/2018 19:47 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

30/05/2018 19:53 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não

**ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

CLIENTE CONDUZIDA PELO SAMU OEIRAS ACOMPANHADA DO ESPOSO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISAO MOTO X CAMINHAO, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, EM PRANCHA RIGIDA, COLAR CERVICAL, REFERINDO CEFALEIA, DORMENCIA EM FACE ESQUERDA, EQUIMOSE EM OLHO ESQUEERDO, ESCORIAÇÕES EM MMII E MSE, CORTE EM COURO CABELUDO. NAO FAZIA USO DE CAPACETE (SIC). DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRONICAS. PA: 128X107MMHG, GC: 151MG/DL, SPO2: 99%, P: 94BPM

**ASSINATURA DO PROFISSIONAL**

30/05/2018 19:53:18

158811-KEDIVA ALVES REGO  
GRANDÃO

**DADOS CLÍNICOS**

CLIENTE CONDUZIDA PELO SAMU OEIRAS ACOMPANHADA DO ESPOSO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISAO MOTO X CAMINHAO, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, EM PRANCHA RIGIDA, COLAR CERVICAL, REFERINDO CEFALEIA, DORMENCIA EM FACE ESQUERDA, BLEFAROHEMATOMA ESQUEERDO, ESCORIAÇÕES EM MMII E MSE, CORTE EM COURO CABELUDO. NAO FAZIA USO DE CAPACETE (SIC). DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRONICAS. PA: 128X107MMHG, GC: 151MG/DL, SPO2: 99%, P: 94BPM

**DIAGNÓSTICO**

CID

9999

**EXAMES COMPLEMENTARES**

TC DE CRANIO

**PRESCRIÇÃO MEDICA**

DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ.  
C/ 2 ML

1 AMP ENDOVEN  
OSA  
(EV)

TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML  
(TRAMAL)

1 AMP ENDOVEN  
OSA  
(EV)

DILUIR 100ML SF  
0,9%

**CONDUTA MEDICA**

Data: 30/05/2018 Hora: 20:12:42

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**  
19 JUL 2018  
**DPVAT**

As 20:42 Encaminhada p/ tomografia  
21:20 Retorna a UPA

21:20 Paciente Evoluem com vida

As 10:15 - Apêndice sem deficit neurológico  
CD - Diqueno - Otorrinolaringologista  
10:20

Tratamento com analgésico

Responsavel: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

6482 - FABRICIO PINHEIRO BEZERRA MELO

Nome: *Marcilene de Carvalho Sousa*  
Médico: *Pablo Alencar*

Número: *23797*  
Data Exame: *06/06/2018*

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE**

### **RELATÓRIO**

O exame tomográfico computadorizado dos seios da face realizado com cortes em padrão helicoidal, nos planos axiais e coronais, usando filtros de alta resolução para partes moles e de alta definição óssea, partindo do maxilar superior em direção ao seio frontal, mostrou:

- Seios maxilares: com anatomia e relevos mucosos preservados.
- Complexos ostiomeatais permeáveis.
- Células etmoidais: pneumatizadas, íntegras.
- Seio frontal: sem alterações tomográficas.
- Seio esfenoidal: preservado.
- Desvio do septo nasal para a direita.
- Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
- Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
- Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.

### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

1. Desvio do septo nasal para a direita.
2. Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
3. Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
4. Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.

*Leonardo Robert*  
Leonardo Robert de Carvalho Braga  
CRM 1667





- RAIO-X DIGITAL
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- ELETROENCEFALOGRAMA

- TOMOGRAFIA HELICOIDAL COMPUTADORIZADA
- CONSULTAS: NEUROCIRURGIA / NEUROLOGIA / ORTOPEDIA

Nome: Marcilene de Carvalho Sousa  
Médico: Fabricio Melo

Número: 23679  
Data Exame: 30/05/2018

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado do crânio realizado com cortes de 5 mm de espessura na região infratentorial e de 10 mm de espessura na região supratentorial, evidencia:

- Parênquima encefálico com morfologia e coeficiente de atenuação normais.
- Sulcos corticais preservados.
- Sistema ventricular com forma e dimensões dentro dos limites da normalidade. Não há sinais tomográficos de hidrocefalia.
- Cisternas encefálicas e pré-pontinas sem alterações tomográficas.
- Tronco cerebral visível, hemisférios cerebelares e vermis com coeficientes de atenuação e morfologia preservados.
- Seios paranasais visíveis normais.
- Fratura frontal esquerda e em arco zigomático ipsilateral com discreto afundamento.
- Aumento de volume e densidade de partes moles em região fronto-orbitária esquerda.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Tomografia computadorizada do encéfalo normal.
2. Fratura frontal esquerda e em arco zigomático ipsilateral com discreto afundamento.
3. Aumento de volume e densidade de partes moles em região fronto-orbitária esquerda.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

  
Leonardo Robert de Carvalho Braga  
CRM 1667

SID • Avenida Joel Campos, Nº 750 – Centro – CEP: 64500-000 – Ao lado do Hospital Maternidade Bom Jesus dos Passos  
Telefone: (89) 3462-4441 / CNPJ: 09.294.123/0001-57



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE OEIRAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

REGISTRO DE ATENDIMENTO  
Nº 02  
SAMU 192

acionamento 19:21

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

CHAMADO	AMBULÂNCIA ACIONADA: 02 DATA: 30/05/18 DIA DA SEMANA: Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input checked="" type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/>
	LOCAL DA OCORRÊNCIA
	Endereço: Rua Lomada da Ana nº Bairro: Quilom Nova Ponto de Referência: Delegacia
	DADOS DO PACIENTE
	NOME: Marceline de Carvalho Sousa IDADE: 31 SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
	DADOS DO CHAMADO
	1. SAÍDA DO P.A.: 19:22 2. CHEGADA AO LOCAL: 19:26 3. SAÍDA DO LOCAL: 19:35
	4. CHEGADA AO HOSPITAL: 19:37 5. SAÍDA DO HOSPITAL: 20:02 6. CHEGADA NO P.A.: 20:06

O DE OCORRÊNCIA	01- ACIDENTE DE TRÂNSITO	07- ENVENENAMENTO	13- URGÊNCIA OBSTÉTRICA <input checked="" type="checkbox"/>
	02- AGRESSÃO FÍSICA-ESPANCAMENTO	08- AFOGAMENTO	14- TRANSFERÊNCIA
	03- AGRESSÃO FÍSICA-FAF	09- CHOQUE ELÉTRICO	16- OUTROS
	04- AGRESSÃO FÍSICA FAB	10- QUEDA	17- JÁ REMOVIDO
	05- URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	11- URGÊNCIA CLÍNICA	18- FALSO CHAMADO
	06- TENTATIVA DE SUICÍDIO	12- QUEIMADURA	
	Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/>		
	1- Sim 2- Não 3- Ignorado		

EXAME FÍSICO	GLASCOW= 15			Local da lesão 
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA	ORIENTADO	OBEDECE A COMANDOS	
	3- À VOZ	4- CONFUSA	5- LOCALIZA DOR	
	2- À DOR	3- PALAVRAS INAPROPRIADAS	4- RETIRA O MEMBRO	
	1- NENHUMA	2- PALAVRAS INCOMPREENSÍVEIS	3- DECORTICAÇÃO	
		2- DOSCEREAÇÃO		
		1- NENHUMA		
PUPILAS 1	PULSO RADIAL 1	SINAIS VITAIS	SANGRAMENTO 2	
1- NORMAIS	1- CHEIO	P 94 bpm	1- AUSENTE	
2- CONTRAÍDAS	2- FINO	R rpm	2- MÍNIMO	
3- DILATADAS	3- AUSENTE	T °C	3- MODERADO	
4- DESIGUAIS		PA 100/80 mmHg	4- INTENSO	
		Sat. O2 99 %		
		FC bpm		

PROC. H. IZADOS	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR 151
	<input checked="" type="checkbox"/> OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/> OUTROS JSVV
	<input checked="" type="checkbox"/> CURATIVOS	<input type="checkbox"/> REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR	
	<input type="checkbox"/> PRANCHA LONGA	<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	
	<input type="checkbox"/> PRANCHA CURTA		
DESTINO	1- HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO <input type="checkbox"/>	1- ANTES DO SOCORRO	PJ CORRETORA DE SEGUROS 19-JUL-2018 DPVAT
	2- OUTRO	2- ANTES DO TRANSPORTE	
CONDIÇÕES DE ENTRADA	3- DURANTE O TRANSPORTE	3- DURANTE O TRANSPORTE	
1- MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/>	4- NÃO	4- NÃO	
2- PIORADO			
3- INALTERADO			

OBSERVAÇÕES: paciente consciente, orientada, vítima de acidente motociclistica moto x carro, apresentando hemorragia e dor na cabeça, apresentando orelha com ferimento na região da cabeça

Responsável pela recepção

Socorristas

Enfermeira

AE / TE

Condutor

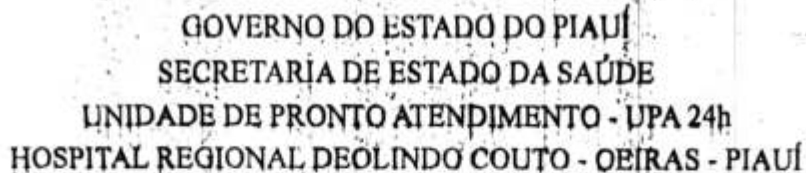
Rosa Maria

Ribamar

Rosa Maria Mala

Técnico de Enfermagem

COREN-PI 000000000



**HRDC**  
HOSPITAL ORIGINAL DOCUMENT SOURCE

~~Dr. Pablo D. Alencar~~  
~~Cirurgião Plástico~~  
~~CRM 12580~~  
~~CPF 000.007.523-74~~



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h  
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

UPA 24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

HRDC  
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: Belo Máximo Figueira

Nome do Paciente: Mouline de Carvalho Figueira Dat. Nasc.:     /     /      
Clínica:     Ata:     Enf.:     Leito:    

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Paciente vítima de TCE (acidente motorcyclista)  
TC = Fratura proximal da tíbia e do fêmur direito, com  
descolamento da cabeça da tíbia e do fêmur.

Data: 30 / 05 / 18

Assinatura:    

Dr. Fabrício Melo  
Médico  
CRM-Pi: 6482

PARECER:

Paciente com fraturas em face. Solicito exames  
de imagem, exames pré-operatórios e internação  
para seguir com conduta cirúrgica.

Data: 31 / 05 / 18

Assinatura:    

Dr. Fábio D. V. Almeida  
Cirurgião Plástico  
CRM-Pi: 2560  
CPF: 028.797.523-75

Hospital Regional Deolindo Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586  
Fone: (89) 3462-1213 - CEP: 64.500-000 - Oeiras-Pi  
C.N.P.J 06.553.564/0013-71

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Marceline de Carmalho Gouveia

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 02/06/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<u>to. 30 Higienização curativa em mb.</u> <u>utilizando SF 0,9%, água, álcool,</u> <u>luvas e impermeável.</u>		Francielle de Moura Martins ENFERMEIRA COREN/PI-490551
M A N H A	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	X 0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcelene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 12/06/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M A N H A	08:25 - Realizado curativo em M.D. com presença de espasmo local. Utilizado SF0,9% gases, Kelagel, espata drapo e catadura	
	<input checked="" type="checkbox"/> 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

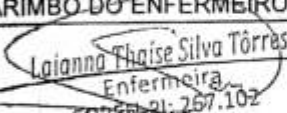
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E		
0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO		
0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO		
0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA		
0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS		
0309010101 SONDAGEM ENTERAL		
0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA		
0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO		
0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473 GLICEMIA CAPILAR		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E		
0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO		
0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO		
0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA		
0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS		
0309010101 SONDAGEM ENTERAL		
0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA		
0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO		
0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Soares

ALA: 3 ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 11/06/18

M A N H Ã	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	09:50h - Realizado curativo em MED. Umbigo, SF 0,9%, sulfadiazina para de mata, gases, catadura deparado e linha de procedimento		 Laiana Thaise Silva Tôres Enfermeira COREN-PI: 267.102
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

N O I T E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 10/06/2018

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
Realizado curativo em ferimento por queimadura (2º grau) em abd. Utilizado SFO 97, que deoclura mata a zona de morte.		<p>Lucinete Maria da Silva Enfermeira COREN - PI 391.609</p>
M A N H A	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	X 0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 03/06/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M A N H Ã	Realização curativo em peroneal da perna esquerda (grau I) em perna (E) Utilizado 03 FAS, gaze, xelintina e de prata, atadura e esparadrapo.	<p>Luzinete Maria da Silva Enfermeira COREN - PI: 391.609</p>
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	X 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E		
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473 GLICEMIA CAPILAR		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E		
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS		
0309010101 SONDAGEM ENTERAL		
0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA		
0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO		

# HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Av. Rui Barbosa, 586 - Centro - Oeiras-PI

SERVIÇO SALA DE OPERAÇÕES

N.º \_\_\_\_\_

Operado:

S - B

Maíreane de Carvalho Sousa

Nº da Sala

26

Apto.

Gula

Diagnóstico

Fratura Complexa de Frontal + Fratura do Lameleto  
Orbita Bimétrica, Maxilar (04.04.02.051-8/04.04.02.066-6/04.04.02.052-6)

Operação

(1) RPH (2) Anestesia Geral (3) Anestesia de superfície (4) Anestesia infiltrativa e/ou (5)  
Incisão supra-orbitária (E) (6) Otimização dos tecidos e acesso às fraturas em frente à órbita  
(E) (F) RED + FIR de fraturas e (1) placa 2.07 4 parafusos 5x7 (2) Incisão no fundo de  
valar maxilar (E) (3) Otimização dos tecidos e acesso às fraturas COE (F) (10) RED das fraturas  
(11) Hemostasia e irrigação das feridas cirúrgicas (12) Sutura por plano (13) Lim da cirurgia.

Auxiliares: 1º

Auxiliares: 2º

Anestesista:

Anestesia: Geral?

Sim

Local?

Sim

Raquel?

Outros?

Anestesia:

Oral + Local

Medicamentos anestésicos usados

01 TUBO ENDOTRAQUEAL 7.0 POM BALAO

01 SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 14

Material usado: 1º Sutura

1 cat. cat. expelido 5-0 agulhado  
1 Nylon 4-0

2º - Caixas com material cirúrgico usado

p/ Fraturas complexas de frontal +  
fratura do Complexo Orbito Maxilar Bimétrico Maxilar.

3º - Medicamentos:

Soro fisiológico 2000 ml 1 foleto nº 20, 01 equipo  
plano duas vias, 2 lidocaina 2% com vaso. 1 epifone  
15 ml

agulhas 40/12 - 4 unids.

agulhas 9000 + agulhas = 6 + 6

4º - Material avulso: 1 lâmina de bisturi nº 15

a) Gases 5 pac. neg. estévil

b) Algodão 1 bolacha

c) Compressas 8 estévil

d) Luvas 7/8 pac. 4, 3 Nº 7

e) Antisséptico Iodine Tópico 100 ml

f) Éter

g) Esparadrapo 30 cm 1/2 carapovo

h) Outros Defermid pl. 100 ml

5º - Oxigênio:

6º - Data da Operação:

21-06-18

Hora Início:

11:10

Término:

12:15

Cirurgião:

Dr. Paulo L. de Alencar

Enfermeira:

Supervisor Hospitalar:

CRM maxilofacial  
027 PI - 2580

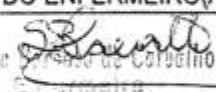
C.R.M.:

CPF 004.915.23-70

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Robeilene de Carvalho Lima

ALA: B ENFERMARIA: Isolamento LEITO:          DATA: 46/06/18

M A N H A	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	05:00 Realizado curativo em quei- rodura do II grau em joelho P. Utilizado 5F 0,9% goro, sulfadiaz- co 10 para atadura e esparadrapo.		 Simone de Carvalho Enfermeira COREN-PI 211.899
	<input type="checkbox"/>	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	<input checked="" type="checkbox"/>	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	<input type="checkbox"/>	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	<input type="checkbox"/>	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	<input type="checkbox"/>	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	<input type="checkbox"/>	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	<input type="checkbox"/>	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	<input type="checkbox"/>	0301100065 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	<input type="checkbox"/>	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	<input type="checkbox"/>	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	<input type="checkbox"/>	0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

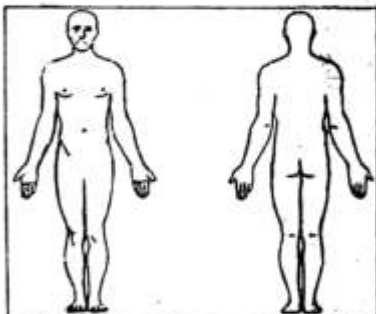
T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	<input type="checkbox"/>	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	<input type="checkbox"/>	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	<input type="checkbox"/>	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	<input type="checkbox"/>	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	<input type="checkbox"/>	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	<input type="checkbox"/>	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	<input type="checkbox"/>	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	<input type="checkbox"/>	0301100065 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	<input type="checkbox"/>	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	<input type="checkbox"/>	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	<input type="checkbox"/>	0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

N O I T E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	<input type="checkbox"/>	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	<input type="checkbox"/>	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	<input type="checkbox"/>	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	<input type="checkbox"/>	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	<input type="checkbox"/>	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	<input type="checkbox"/>	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	<input type="checkbox"/>	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - SAEP**

**VISITA PRÉ-OPERATÓRIA**

Data 19/06/18 Horário: 19:40 Clínica de Internação: Médica  
1. Nome do Paciente Marcelene de Carvalho Sousa Enf./Leito 02/03  
Sexo: ( ) M (X) F Peso: 145 Kg Altura: 1,51  
2. Estado Civil: ( ) solteiro (X) casado ( ) viúvo ( ) separado ( ) Não se aplica  
3. Nível de escolaridade completo: ( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental Menor  
( ) Ensino Fundamental Maior (X) Ensino Médio  
( ) Ensino Superior ( ) Não se aplica  
4. Diagnóstico cirúrgico: Fratura em ossos de perna  
5. Cirurgia Proposta: \_\_\_\_\_ Data da cirurgia prevista: 13/06/18  
6. Potencial de contaminação da cirurgia atual:  
(X) limpa ( ) potencialmente contaminada ( ) contaminada ( ) infectada  
7. Provável anestesia do procedimento cirúrgico atual:  
( ) Geral ( ) Peridural ( ) Raquidiana ( ) Local ( ) Bloqueio de plexo  
8. Cirurgia Anterior: ( ) Sim (X) Não  
Qual(is) \_\_\_\_\_  
9. Apresentou algum problema? ( ) Sim (X) Não  
Especifique: \_\_\_\_\_  
10. Uso de medicação contínua: ( ) Sim ( ) Não  
Qual(is) Tapazol 10mg - Hipertireoidismo  
\* Ideral de 40mg - Não está em uso  
Demarque a área a ser operada, com um "X"



SSVV	
PA (mmhg)	
T (°C)	
R	
P	

**11. Exames realizados e resultados:**

Eletrocardiograma - ECG e Risco Cirúrgico (X) Sim ( ) Não  
Raio X ( ) Sim (X) Não

"É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz,  
de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática".

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM (2013)

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: At. 3 LEITO:        DATA: 30/06/2018

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<u>Realizar o curativo em ferimento em solho (D. Utilizando SFO, 3º grau, de debrida. utilizando as me de prata.</u>		Enfermeira Márcia da Silva Especialista em 1.º CTREN - PI-191.609
M A N H Ã	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	X 0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR

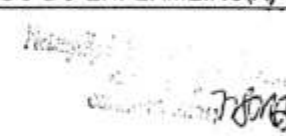
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Marcelene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: RT LEITO: 03 DATA: 18/06/18

M		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
A		9:50h Realizado curativo em M.D. Utilizado SF 3, 9h, gaze, atadura, sulfadiazina de pot, atadura e spray de limpeza.	
		0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	X	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473 GLICEMIA CAPILAR	


T		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
A			

N		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
O			

# PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: QT LEITO: 01 DATA: 17/06/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M A N H Ã	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO		
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO		
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA		
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS		
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL		
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA		
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO		
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473 GLICEMIA CAPILAR			

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO		
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO		
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA		
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS		
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL		
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA		
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO		
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473 GLICEMIA CAPILAR			

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO		
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO		
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA		
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS		
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL		
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA		
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO		
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473 GLICEMIA CAPILAR			

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Mariana de Lencelle Sousa

ALA: C ENFERMARIA: 02 LEITO: 07 DATA: 22/08/11

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<p><i>11/2011 Procedimento curativo em ATE (D) - Urológico</i>  <i>Como procedimento de QD + gesso + Trolhagem + 4GGT</i>  <i>atendidos e expandidos. Tratamento com insulina de</i>  <i>insulina insulina em área específica.</i></p>		<p><i>Carimbo do Enfermeiro</i>  <i>REN-PR 004.500</i></p>
M A N H Ã	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

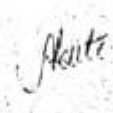
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	



## PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcos de Carvalho SousaALA: C ENFERMARIA: 02 LEITO: 06 DATA: 21/06/18

M A N H Ã	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	Realizado curativo em M.D. amputado do fêmur de nível utilizado SFO 97, gaze, atadura e esparadrapo, Adesivo e AGE		
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

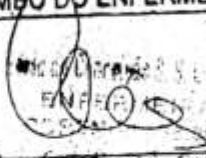
T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

N O I T E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

## PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

ALA: BENFERMARIA: 02LEITO: 03DATA: 26/11/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M A N H Ã	Realizando avaliação em M.D. de lesão S.F. 091, sinais, atitudes, esparadrapo + AGE, realizado limpeza com S.F. 091 + gases, em posição de com nitidez	 ENFERMEIRO(A)
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E		
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO		
0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473 GLICEMIA CAPILAR		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E		
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO		
0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473 GLICEMIA CAPILAR		

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 03/06/18


DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
09:40 Realizado curativo dm MIA, ferimento com pontos de sutura, 2/0, 4/0 SF 0.9V, gaze, Kollagenax, AGF, Luvas e Esporadrapo		Francielle de Moura Martins ENFERMEIRA COREN - PI 490.551
M A N H A	<input type="checkbox"/> 0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	<input checked="" type="checkbox"/> 0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	<input type="checkbox"/> 0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	<input type="checkbox"/> 0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	<input type="checkbox"/> 0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	<input type="checkbox"/> 0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	<input type="checkbox"/> 0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
	<input type="checkbox"/> 0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	<input type="checkbox"/> 0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	<input type="checkbox"/> 0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
<input type="checkbox"/> 0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

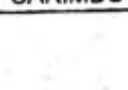
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E	<input type="checkbox"/> 0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	<input type="checkbox"/> 0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	<input type="checkbox"/> 0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	<input type="checkbox"/> 0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	<input type="checkbox"/> 0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	<input type="checkbox"/> 0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	<input type="checkbox"/> 0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
	<input type="checkbox"/> 0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	<input type="checkbox"/> 0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	<input type="checkbox"/> 0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
<input type="checkbox"/> 0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

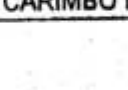
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	<input type="checkbox"/> 0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	<input type="checkbox"/> 0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	<input type="checkbox"/> 0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	<input type="checkbox"/> 0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	<input type="checkbox"/> 0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	<input type="checkbox"/> 0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> 0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
<input type="checkbox"/> 0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	

## PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene da Consolida SousaALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 06/06/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M A N H Ã	Realizado curativo na ferida, utiliz do SF 0,9% e gaze, higieniz ada com álcool		 _____ ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	<input checked="" type="checkbox"/> 0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473	GLICEMIA CAPILAR		

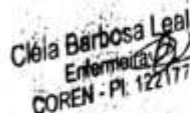
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E			 _____ ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473	GLICEMIA CAPILAR		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E			 _____ ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473	GLICEMIA CAPILAR		

# PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de C. Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 08/06/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<u>90:00 Realizado curativo em MIB, Utili- zando 570.97 neomicina, gases e Iodina, e expansor hipo</u>		 Clélia Barbosa Leal Enfermeira COREN - PI 122177
M A N H Ã	<input type="checkbox"/> 0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	<input checked="" type="checkbox"/> 0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	<input type="checkbox"/> 0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	<input type="checkbox"/> 0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	<input type="checkbox"/> 0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	<input type="checkbox"/> 0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	<input type="checkbox"/> 0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
	<input type="checkbox"/> 0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	<input type="checkbox"/> 0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	<input type="checkbox"/> 0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
<input type="checkbox"/> 0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E	<input type="checkbox"/> 0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	<input type="checkbox"/> 0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	<input type="checkbox"/> 0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	<input type="checkbox"/> 0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	<input type="checkbox"/> 0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	<input type="checkbox"/> 0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	<input type="checkbox"/> 0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
	<input type="checkbox"/> 0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	<input type="checkbox"/> 0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	<input type="checkbox"/> 0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
<input type="checkbox"/> 0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	<input type="checkbox"/> 0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	<input type="checkbox"/> 0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	<input type="checkbox"/> 0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	<input type="checkbox"/> 0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	<input type="checkbox"/> 0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	<input type="checkbox"/> 0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	<input type="checkbox"/> 0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
	<input type="checkbox"/> 0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	<input type="checkbox"/> 0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	<input type="checkbox"/> 0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
<input type="checkbox"/> 0202010473	GLICEMIA CAPILAR	



















## UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

TOTOINHO FREITAS,

OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000

CNPJ: 06553564001371

(89) 3462-1213 - ( )

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P033402

Registro: 5331

Data: 30/05/2018

Hora: 19:47:00

Funcionario: SILVA

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 117

SUS

MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

CPF: - RG: 2488908 - CARTAO DO SUS 700509772332450

Nasc.: 12/09/1985 Idade: 32 ANOS, 8 MESES, 18 DIAS Profissao:

Civil:

CPF: 64500-000

End.: AV. PETRONIO PORTELA, 274 -

Bairro: OEIRAS NOVA

Cidade: OEIRAS/PI

Cor: SEM

Telefone: ( ) -

Mãe: MARIA ALVES DE CARVALHO SOUSA

Pai: FRANCISCO XAVIER CARVALHO

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 6482 - FABRICIO PINHEIRO BEZERRA MELO

DE SOUSA

SUS: 700509772332450

Responsavel: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 6Kg

P.A.: 0

## Procedimentos

30/05/2018 19:47 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

30/05/2018 19:53 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência☐ Laranja - Muito Urgente☒ Amarelo - Urgente☐ Verde - Pouco Urgente☐ Azul - Não

## ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLIENTE CONDUZIDA PELO SAMU OEIRAS ACOMPANHADA DO ESPOSO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISAO MOTO X CAMINHAO, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, EM PRANCHA RIGIDA, COLAR CERVICAL, REFERINDO CEFALIA, DORMENCIA EM FACE ESQUERDA, EQUIMOSE EM OLHO ESQUEERDO, ESCORIAÇÕES EM MMII E MSE, CORTE EM COURO CABELUDO, NAO FAZIA USO DE CAPACETE (SIC). DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRONICAS. PA: 128X107MMHG, GC: 151MG/DL, SPO2: 99%, P: 94BPM

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

30/05/2018 19:53:18

158811-KEDINA ALVES REGO  
BRANDÃO

## DADOS CLÍNICOS

CLIENTE CONDUZIDA PELO SAMU OEIRAS ACOMPANHADA DO ESPOSO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISAO MOTO X CAMINHAO, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, EM PRANCHA RIGIDA, COLAR CERVICAL, REFERINDO CEFALIA, DORMENCIA EM FACE ESQUERDA, BLEFAROHMATOMA ESQUEERDO, ESCORIAÇÕES EM MMII E MSE, CORTE EM COURO CABELUDO, NAO FAZIA USO DE CAPACETE (SIC). DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRONICAS. PA: 128X107MMHG, GC: 151MG/DL, SPO2: 99%, P: 94BPM

## DIAGNÓSTICO

CID

9999

## EXAMES COMPLEMENTARES

TC DE CRANIO

## PRESCRIÇÃO MEDICA

DIPERONA 500 MG/ML SOL. INJ.  
C/ 2 ML1 AMP ENDOVEN  
OSA  
(EV)TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML  
(TRAMAL)1 AMP ENDOVEN  
OSA  
(EV)DILUIR 100ML SF  
0,9%

## CONDUTA MEDICA

Data: 30/05/2018 Hora: 20:12:42

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

As 20:42 Encaminhada a Hospital  
At 20:42 Retornou a UPA

At 20:42 Paciente Evoluindo com vida

At 20:15 - Apêndice sem deficit neurológico  
CP - Diqueno - Oromax 10:20

Tratamento com analgésico e transderm

Responsavel: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

6482 - FABRICIO PINHEIRO BEZERRA MELO

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Maria Helena de Carvalho Sousa

ALA: UPA ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: 30/09/2018

M A N H Ã	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)	
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR		

T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)	
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	<div>PJ CORRETO DE SEGUR</div> <div>19 JUL 201</div> <div>DPVA</div>
		0401010016	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO		
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR		

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

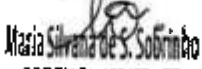
DPVAT

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
20:00 Realizado curativo com soro fisiológico 9% gástrico, atadura tipo UO sobre epigastro e sobre o furo de cateter de alívio. Piora de sinais de SIRS e de coagulantes MTE		Maria das Dores E. S. Lustosa TEC. ENFERMAGEM CIPEN 1055818
N O I T E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: 31/05/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
as 11h realizado curativo em local, em M e e m.p. ulcero 5x0,9x, peristome, gases livres, deprecadimento, deprecadimento e ataduras.			 Maria Silvana de S. Sobrinho COREN-PI 1231771-JE
M	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
A	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
N	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
H	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
A	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
A	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
R	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
D	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
O	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
I	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
T	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	

Nome: **Marcilene do Carvalho Sousa**  
Médico: **Fabrizio Melo**

Número: **23679**  
Data Exame: **30/05/2018**

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### **RELATÓRIO**

O exame tomográfico computadorizado do crânio realizado com cortes de 5 mm de espessura na região infratentorial e de 10 mm de espessura na região supratentorial, evidencia:

- Parênquima encefálico com morfologia e coeficiente de atenuação normais.
- Sulcos corticais preservados.
- Sistema ventricular com forma e dimensões dentro dos limites da normalidade. Não há sinais tomográficos de hidrocefalia.
- Cisternas encefálicas e pré-pontinas sem alterações tomográficas.
- Tronco cerebral visível, hemisférios cerebelares e vermis com coeficientes de atenuação e morfologia preservados.
- Seios paranasais visíveis normais.
- Fratura frontal esquerda e em arco zigomático ipsilateral com discreto afundamento.
- Aumento de volume e densidade de partes moles em região fronto-orbitária esquerda.

### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

1. Tomografia computadorizada do encéfalo normal.
2. Fratura frontal esquerda e em arco zigomático ipsilateral com discreto afundamento.
3. Aumento de volume e densidade de partes moles em região fronto-orbitária esquerda.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

  
Leonardo Robert de Carvalho Braga  
CRM 1667



SERVIÇO DE IMAGEM E DIAGNÓSTICO

- RAIO-X DIGITAL
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- ELETROENCEFALOGRAMA

- TOMOGRAFIA HELICOIDAL COMPUTADORIZADA
- CONSULTAS: NEUROCIRURGIA / NEUROLOGIA / ORTOPEDIA

Nome: *Marcilene de Carvalho Sousa*  
Médico: *Pablo Alencar*

Número: 23797  
Data Exame: 06/06/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE**

### **RELATÓRIO**

O exame tomográfico computadorizado dos seios da face realizado com cortes em padrão helicoidal, nos planos axiais e coronais, usando filtros de alta resolução para partes moles e de alta definição óssea, partindo do maxilar superior em direção ao seio frontal, mostrou:

- Seios maxilares: com anatomia e relevos mucosos preservados.
- Complexos ostiomeatais permeáveis.
- Células etmoidais: pneumatizadas, integras.
- Seio frontal: sem alterações tomográficas.
- Seio esfenoidal: preservado.
- Desvio do septo nasal para a direita.
- Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
- Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
- Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.

### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

1. Desvio do septo nasal para a direita.
2. Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
3. Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
4. Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.

  
Leonardo Robert de Carvalho Braga  
CRM 1667

# HRDC

## HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Av. Rui Barbosa, 586 - Oeiras-PI - Fone: (89) 3462-1213  
CEP 64.500-000  
CNPJ 06.553.564/0013-71

### LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento

☐

Uso de Prótese e Órteses

☐

Diária de UTI

☐

Uso de Fatores de Coagulação

☐

Diária de Acompanhante

☒

Uso de Oxigenadores

☐

Vacina Anti RH

☐

Nutrição Parenteral

☐☐☐

Hospital: HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

CNPJ 06.553.564/0013-71

Paciente:

Francilene A. de Almeida Silva

N.º AIH

Procedimento Anterior:

Procedimento Solicitado

Médico Solicitante:

CRM:

CPF

JUSTIFICATIVA:

DATA 27/06/2018

Assinatura do Médico Solicitante  
CRM e CPF

AUDITOR:

DATA

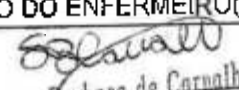
/ /

Assinatura do Médico Solicitante  
CRM e CPF

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Paula Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 07/06/18

M A N H A	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0430 Realizado curativo em queimadura de 1º grau em joelho.	 Samara Barbosa de Carvalho Enfermeira COREN-PI 211.899
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	<input checked="" type="checkbox"/> 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

N O I T E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	



PIAUÍ  
GOV. DO ESTADO

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: MARILYN DE OLIVEIRA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 21/09/85

ENFERMARIA: 22

LEITO: 03

Nº PRONTUÁRIO:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

500 500

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

31/05/2016 - Exatidão da prescrição em Pac

Dr. Celso V. Mendes

Cirurgião Geral

CPF: 014.197.523-72

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 22 / 05 / 2018

Paciente: D. Joice de Deus

Leito: 10

DN: 15109185

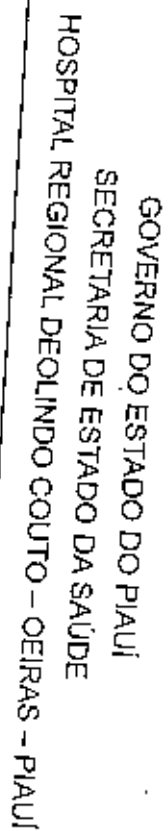
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
<p>02.25h. Paciente acordada, porém não se levanta da cama. Apresenta dificuldade para deambular, com auxílio de muletas. Apresenta dor abdominal, com intensidade moderada. Apresenta febre, com temperatura de 38,5°C. Apresenta sinais de desidratação, com mucosas secas e turgor capilar diminuído. Apresenta alterações na frequência cardíaca, com taquicardia. Apresenta alterações na frequência respiratória, com frequência de 20 por minuto. Apresenta alterações na frequência da pressão arterial, com valores de 120/80 mmHg. Apresenta alterações na frequência da saturação de oxigênio, com valores de 95%.</p>	<p>02.25h. Paciente acordada, porém não se levanta da cama. Apresenta dificuldade para deambular, com auxílio de muletas. Apresenta dor abdominal, com intensidade moderada. Apresenta febre, com temperatura de 38,5°C. Apresenta sinais de desidratação, com mucosas secas e turgor capilar diminuído. Apresenta alterações na frequência cardíaca, com taquicardia. Apresenta alterações na frequência respiratória, com frequência de 20 por minuto. Apresenta alterações na frequência da pressão arterial, com valores de 120/80 mmHg. Apresenta alterações na frequência da saturação de oxigênio, com valores de 95%.</p>

Solista: Joice de Deus

Hospital Regional Deolindo Couto - RDC - Av. Rui Barbosa, 586, Centro.

(89) 3462-3969 - CEP: 64.500-000 - Oeiras - PI

C.N.P.J. 06.553.564/0013-71



HRDC  
HOSPITAL MEDICAL DEVELOPMENT CENTRE

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 30/05/2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Leito:

DN: Joe, cn=1041985

pelo chamado espírito. E de sempre  
 caracterizava-se a natureza de que o espírito  
 despirado nasceu de Deus - mas  
 tudo isso era diferente do modo de pensar  
 da época. A natureza do espírito com o corpo  
 que se cria e se cria. E a natureza, que se

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Hospital Regional Declinda Couto - H.R.D.C.

(89) 3462-3969 - CEP: 64.500-000 - Av. Rui Barbosa, 586, Centro

C.N.D. DEFEZ PONTA DE OLEIRAS - P1

SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: Belo Máximo Figueira

Nome do Paciente: Monteiro de Carvalho Siqueira Dat. Nasc.: 1/1/1988  
Clínica: Ata: Enf.: Leito:

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Paciente vítima de TCE (acidente motociclístico)  
TCE = Fratura frontal esquerda com deslocamento  
total e deslocamento profundo

Data: 30/05/18

Assinatura: Dr. Fabrício Melo  
Médico  
CRM-PI: 8482

PARECER:

Paciente com fraturas na face. Solicito exames  
de imagem, exames pré-operatórios e Internações  
para seguir com conduta cirúrgica.

Data: 31/05/18

Assinatura: Dr. Fábio D. V. Almeida  
Cirurgião Especialista em Otorrinolaringologia  
CRM-PI: 2580  
CPF: 023.787.523-77



GOVERNADOR DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COELHO - DEBRAS - PIAUÍ



## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 06/06/98

**Paciente:**

Marginalia de Castella Nova

## Letter:

61

03

DN- 10985

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CS: 3577 2 20x80 mm Hg for 35.12 Aug me new

Giseli Evangelista da Silva

Open-P1 088.60491: JES-En

08:42 PA=330x80mm Hg TA=35-7 chloride

Włocławek, 15.05.2015

COHE-PLATE

[illegible]

Water repair critical in roadwork

729051

CONFIDENTIAL

25.15 Pa 10 x 10 mm, Bz 37.2°

Hospital Regional Deolindo Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586, Centro

(89) 3462-3969 – CEP: 64.500-000 – Oeiras – PI

C.N.P.J. 06.553.564/0013-71



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



# ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Date: 07/06/18

Paciente:	Mauricio de Carvalho Sousa		
Ido:	02	05	10
IDN:	12109185		

[illegible]

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 05/06/19

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 05/06/19

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E			
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
	0202010473	GLICÊMIA CAPILAR	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 03/06/18

Paciente:

Marciana de Carvalho Sousa

Leito:

02

03

DN:

12/09/18

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

01/06/18 08:00h	em 08/06/18	
02/06/18 08:00h	em 08/06/18	
03/06/18 08:00h	em 08/06/18	
04/06/18 08:00h	em 08/06/18	
05/06/18 08:00h	em 08/06/18	
06/06/18 08:00h	em 08/06/18	
07/06/18 08:00h	em 08/06/18	
08/06/18 08:00h	em 08/06/18	
09/06/18 08:00h	em 08/06/18	
10/06/18 08:00h	em 08/06/18	
11/06/18 08:00h	em 08/06/18	
12/06/18 08:00h	em 08/06/18	
13/06/18 08:00h	em 08/06/18	
14/06/18 08:00h	em 08/06/18	
15/06/18 08:00h	em 08/06/18	
16/06/18 08:00h	em 08/06/18	
17/06/18 08:00h	em 08/06/18	
18/06/18 08:00h	em 08/06/18	
19/06/18 08:00h	em 08/06/18	
20/06/18 08:00h	em 08/06/18	
21/06/18 08:00h	em 08/06/18	
22/06/18 08:00h	em 08/06/18	
23/06/18 08:00h	em 08/06/18	
24/06/18 08:00h	em 08/06/18	
25/06/18 08:00h	em 08/06/18	
26/06/18 08:00h	em 08/06/18	
27/06/18 08:00h	em 08/06/18	
28/06/18 08:00h	em 08/06/18	
29/06/18 08:00h	em 08/06/18	
30/06/18 08:00h	em 08/06/18	
01/07/18 08:00h	em 08/06/18	
02/07/18 08:00h	em 08/06/18	
03/07/18 08:00h	em 08/06/18	
04/07/18 08:00h	em 08/06/18	
05/07/18 08:00h	em 08/06/18	
06/07/18 08:00h	em 08/06/18	
07/07/18 08:00h	em 08/06/18	
08/07/18 08:00h	em 08/06/18	
09/07/18 08:00h	em 08/06/18	
10/07/18 08:00h	em 08/06/18	
11/07/18 08:00h	em 08/06/18	
12/07/18 08:00h	em 08/06/18	
13/07/18 08:00h	em 08/06/18	
14/07/18 08:00h	em 08/06/18	
15/07/18 08:00h	em 08/06/18	
16/07/18 08:00h	em 08/06/18	
17/07/18 08:00h	em 08/06/18	
18/07/18 08:00h	em 08/06/18	
19/07/18 08:00h	em 08/06/18	
20/07/18 08:00h	em 08/06/18	
21/07/18 08:00h	em 08/06/18	
22/07/18 08:00h	em 08/06/18	
23/07/18 08:00h	em 08/06/18	
24/07/18 08:00h	em 08/06/18	
25/07/18 08:00h	em 08/06/18	
26/07/18 08:00h	em 08/06/18	
27/07/18 08:00h	em 08/06/18	
28/07/18 08:00h	em 08/06/18	
29/07/18 08:00h	em 08/06/18	
30/07/18 08:00h	em 08/06/18	
31/07/18 08:00h	em 08/06/18	
01/08/18 08:00h	em 08/06/18	
02/08/18 08:00h	em 08/06/18	
03/08/18 08:00h	em 08/06/18	
04/08/18 08:00h	em 08/06/18	
05/08/18 08:00h	em 08/06/18	
06/08/18 08:00h	em 08/06/18	
07/08/18 08:00h	em 08/06/18	
08/08/18 08:00h	em 08/06/18	
09/08/18 08:00h	em 08/06/18	
10/08/18 08:00h	em 08/06/18	
11/08/18 08:00h	em 08/06/18	
12/08/18 08:00h	em 08/06/18	
13/08/18 08:00h	em 08/06/18	
14/08/18 08:00h	em 08/06/18	
15/08/18 08:00h	em 08/06/18	
16/08/18 08:00h	em 08/06/18	
17/08/18 08:00h	em 08/06/18	
18/08/18 08:00h	em 08/06/18	
19/08/18 08:00h	em 08/06/18	
20/08/18 08:00h	em 08/06/18	
21/08/18 08:00h	em 08/06/18	
22/08/18 08:00h	em 08/06/18	
23/08/18 08:00h	em 08/06/18	
24/08/18 08:00h	em 08/06/18	
25/08/18 08:00h	em 08/06/18	
26/08/18 08:00h	em 08/06/18	
27/08/18 08:00h	em 08/06/18	
28/08/18 08:00h	em 08/06/18	
29/08/18 08:00h	em 08/06/18	
30/08/18 08:00h	em 08/06/18	
31/08/18 08:00h	em 08/06/18	
01/09/18 08:00h	em 08/06/18	
02/09/18 08:00h	em 08/06/18	
03/09/18 08:00h	em 08/06/18	
04/09/18 08:00h	em 08/06/18	
05/09/18 08:00h	em 08/06/18	
06/09/18 08:00h	em 08/06/18	
07/09/18 08:00h	em 08/06/18	
08/09/18 08:00h	em 08/06/18	
09/09/18 08:00h	em 08/06/18	
10/09/18 08:00h	em 08/06/18	
11/09/18 08:00h	em 08/06/18	
12/09/18 08:00h	em 08/06/18	
13/09/18 08:00h	em 08/06/18	
14/09/18 08:00h	em 08/06/18	
15/09/18 08:00h	em 08/06/18	
16/09/18 08:00h	em 08/06/18	
17/09/18 08:00h	em 08/06/18	
18/09/18 08:00h	em 08/06/18	
19/09/18 08:00h	em 08/06/18	
20/09/18 08:00h	em 08/06/18	
21/09/18 08:00h	em 08/06/18	
22/09/18 08:00h	em 08/06/18	
23/09/18 08:00h	em 08/06/18	
24/09/18 08:00h	em 08/06/18	
25/09/18 08:00h	em 08/06/18	
26/09/18 08:00h	em 08/06/18	
27/09/18 08:00h	em 08/06/18	
28/09/18 08:00h	em 08/06/18	
29/09/18 08:00h	em 08/06/18	
30/09/18 08:00h	em 08/06/18	
01/10/18 08:00h	em 08/06/18	
02/10/18 08:00h	em 08/06/18	
03/10/18 08:00h	em 08/06/18	
04/10/18 08:00h	em 08/06/18	
05/10/18 08:00h	em 08/06/18	
06/10/18 08:00h	em 08/06/18	
07/10/18 08:00h	em 08/06/18	
08/10/18 08:00h	em 08/06/18	
09/10/18 08:00h	em 08/06/18	
10/10/18 08:00h	em 08/06/18	
11/10/18 08:00h	em 08/06/18	
12/10/18 08:00h	em 08/06/18	
13/10/18 08:00h	em 08/06/18	
14/10/18 08:00h	em 08/06/18	
15/10/18 08:00h	em 08/06/18	
16/10/18 08:00h	em 08/06/18	
17/10/18 08:00h	em 08/06/18	
18/10/18 08:00h	em 08/06/18	
19/10/18 08:00h	em 08/06/18	
20/10/18 08:00h	em 08/06/18	
21/10/18 08:00h	em 08/06/18	
22/10/18 08:00h	em 08/06/18	
23/10/18 08:00h	em 08/06/18	
24/10/18 08:00h	em 08/06/18	
25/10/18 08:00h	em 08/06/18	
26/10/18 08:00h	em 08/06/18	
27/10/18 08:00h	em 08/06/18	
28/10/18 08:00h	em 08/06/18	
29/10/18 08:00h	em 08/06/18	
30/10/18 08:00h	em 08/06/18	
31/10/18 08:00h	em 08/06/18	
01/11/18 08:00h	em 08/06/18	
02/11/18 08:00h	em 08/06/18	
03/11/18 08:00h	em 08/06/18	
04/11/18 08:00h	em 08/06/18	
05/11/18 08:00h	em 08/06/18	
06/11/18 08:00h	em 08/06/18	
07/11/18 08:00h	em 08/06/18	
08/11/18 08:00h	em 08/06/18	
09/11/18 08:00h	em 08/06/18	
10/11/18 08:00h	em 08/06/18	
11/11/18 08:00h	em 08/06/18	
12/11/18 08:00h	em 08/06/18	
13/11/18 08:00h	em 08/06/18	
14/11/18 08:00h	em 08/06/18	
15/11/18 08:00h	em 08/06/18	
16/11/18 08:00h	em 08/06/18	
17/11/18 08:00h	em 08/06/18	
18/11/18 08:00h	em 08/06/18	
19/11/18 08:00h	em 08/06/18	
20/11/18 08:00h	em 08/06/18	
21/11/18 08:00h	em 08/06/18	
22/11/18 08:00h	em 08/06/18	
23/11/18 08:00h	em 08/06/18	
24/11/18 08:00h	em 08/06/18	
25/11/18 08:00h	em 08/06/18	
26/11/18 08:00h	em 08/06/18	
27/11/18 08:00h	em 08/06/18	
28/11/18 08:00h	em 08/06/18	
29/11/18 08:00h	em 08/06/18	
30/11/18 08:00h	em 08/06/18	
01/12/18 08:00h	em 08/06/18	
02/12/18 08:00h	em 08/06/18	
03/12/18 08:00h	em 08/06/18	
04/12/18 08:00h	em 08/06/18	
05/12/18 08:00h	em 08/06/18	
06/12/18 08:00h	em 08/06/18	
07/12/18 08:00h	em 08/06/18	
08/12/18 08:00h	em 08/06/18	
09/12/18 08:00h	em 08/06/18	
10/12/18 08:00h	em 08/06/18	
11/12/18 08:00h	em 08/06/18	
12/12/18 08:00h	em 08/06/18	
13/12/18 08:00h	em 08/06/18	
14/12/18 08:00h	em 08/06/18	
15/12/18 08:00h	em 08/06/18	
16/12/18 08:00h	em 08/06/18	
17/12/18 08:00h	em 08/06/18	
18/12/18 08:00h	em 08/06/18	
19/12/18 08:00h	em 08/06/18	
20/12/18 08:00h	em 08/06/18	
21/12/18 08:00h	em 08/06/18	
22/12/18 08:00h	em 08/06/18	
23/12/18 08:00h	em 08/06/18	
24/12/18 08:00h	em 08/06/18	
25/12/18 08:00h	em 08/06/18	
26/12/18 08:00h	em 08/06/18	
27/12/18 08:00h	em 08/06/18	
28/12/18 08:00h	em 08/06/18	
29/12/18 08:00h	em 08/06/18	
30/12/18 08:00h	em 08/06/18	
31/12/18 08:00h	em 08/06/18	

Monte de Fátima dos Santos  
Técnicas de Enfermagem  
CONCRETE - 1229051

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marceline de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 02/06/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<u>10:30 Realizado curativo em MIB.</u> <u>utilizando SF 0,9%, gaze, algodão,</u> <u>luvas eaparadrapo.</u>		Francielle de Moura Martins ENFERMEIRA CRM-P: 670.551
M A N H A	<input type="checkbox"/> 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	<input checked="" type="checkbox"/> 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	<input type="checkbox"/> 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	<input type="checkbox"/> 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	<input type="checkbox"/> 0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	<input type="checkbox"/> 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	<input type="checkbox"/> 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	<input type="checkbox"/> 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	<input type="checkbox"/> 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	<input type="checkbox"/> 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
<input type="checkbox"/> 0202010473 GLICEMIA CAPILAR		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E	<input type="checkbox"/> 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	<input type="checkbox"/> 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	<input type="checkbox"/> 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	<input type="checkbox"/> 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	<input type="checkbox"/> 0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	<input type="checkbox"/> 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	<input type="checkbox"/> 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	<input type="checkbox"/> 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	<input type="checkbox"/> 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	<input type="checkbox"/> 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
<input type="checkbox"/> 0202010473 GLICEMIA CAPILAR		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	<input type="checkbox"/> 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	<input type="checkbox"/> 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	<input type="checkbox"/> 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	<input type="checkbox"/> 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	<input type="checkbox"/> 0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	<input type="checkbox"/> 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	<input type="checkbox"/> 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
<input type="checkbox"/> 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		



**HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO**  
**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: Marcelene de Carvalho Sousa ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 Nº PRONTUÁRIO: 09

DATA DE NASCIMENTO: 21/09/85

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS
12/09	Atualizar antibiótico em face		
13/09	Atualizar antibiótico em face		
14/09	Atualizar antibiótico em face		
15/09	Atualizar antibiótico em face		
16/09	Atualizar antibiótico em face		
17/09	Atualizar antibiótico em face		
18/09	Atualizar antibiótico em face		
19/09	Atualizar antibiótico em face		
20/09	Atualizar antibiótico em face		
21/09	Atualizar antibiótico em face		
22/09	Atualizar antibiótico em face		
23/09	Atualizar antibiótico em face		
24/09	Atualizar antibiótico em face		
25/09	Atualizar antibiótico em face		
26/09	Atualizar antibiótico em face		
27/09	Atualizar antibiótico em face		
28/09	Atualizar antibiótico em face		
29/09	Atualizar antibiótico em face		
30/09	Atualizar antibiótico em face		
01/10	Atualizar antibiótico em face		
02/10	Atualizar antibiótico em face		
03/10	Atualizar antibiótico em face		
04/10	Atualizar antibiótico em face		
05/10	Atualizar antibiótico em face		
06/10	Atualizar antibiótico em face		
07/10	Atualizar antibiótico em face		
08/10	Atualizar antibiótico em face		
09/10	Atualizar antibiótico em face		
10/10	Atualizar antibiótico em face		
11/10	Atualizar antibiótico em face		
12/10	Atualizar antibiótico em face		
13/10	Atualizar antibiótico em face		
14/10	Atualizar antibiótico em face		
15/10	Atualizar antibiótico em face		
16/10	Atualizar antibiótico em face		
17/10	Atualizar antibiótico em face		
18/10	Atualizar antibiótico em face		
19/10	Atualizar antibiótico em face		
20/10	Atualizar antibiótico em face		
21/10	Atualizar antibiótico em face		
22/10	Atualizar antibiótico em face		
23/10	Atualizar antibiótico em face		
24/10	Atualizar antibiótico em face		
25/10	Atualizar antibiótico em face		
26/10	Atualizar antibiótico em face		
27/10	Atualizar antibiótico em face		
28/10	Atualizar antibiótico em face		
29/10	Atualizar antibiótico em face		
30/10	Atualizar antibiótico em face		
31/10	Atualizar antibiótico em face		

Dr. ROBERTO V. ALMEIDA  
Biotecnologia  
CPE 006 19.523-70



HRDC  
HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT CANADA

59

Data: 3/06/8

Leito:	02
--------	----

105

DN: 42109185

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Division of Personnel  
Office of Management  
and Administration

**John Deere Dies & Survives**  
*Thames on Emburyman*  
**COPEN-PT. 834.351**

**For Information:**  
**CONTACT - PH 657-2388**

Hospital Regional Decimundo Casco - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 585, Centro


(89) 3462-3969 — CEP-64500-000 — Orders — P1

CN.PJ.06.553.564/0013-71

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Marcelene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 12/06/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
08:25 - Realizado curativo em MD, com presença de espáculo local. Utilizado SF0,9% gases, Kelsagaze, espáculo drapo e catadura.		 Daniel de Silva Nascimento ENFERMEIRO COREPRO 167.933
X	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

MANHÃ

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

TARDE

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	

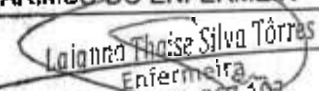
NOITE



**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Soares

ALA: 02 ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 11/06/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
09:50h - Realizado curativo em M.D. - 1.º e 2.º SF 0,9%, sulfada para de limpeza gases, catadura separadora e liberação de procedimentos		 Enfermeira COREN-PI: 267.102
0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	



PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 30/06/2018

M A N H Ã		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		Realizado curativo em ferimento por queimadura (2º grau) em MP. Utilizado SF0,97, gaze, solução mupirocina de 2%.	Cassinete Maria da Silva Enfermeira COREN - PI 397.699
		0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
X		0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALMO	
		0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

T A R D E		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALMO	
		0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473 GLICEMIA CAPILAR	


N O I T E		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALMO	

## RELATORIO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE, A PACIENTE, MARCILENE DE CARVALHO SOUSA, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 30/05/2018, APRESENTANDO, T.C.E, COM FRATURAS NA FACE e AFUNDAMENTO DO OSSO ZINGOMATICO e QUEIMADURA DE 2º GRAU NA PERNA DIREITA. FEITO ANALGESSICO, ANTIFLAMATÓRIO, INTERNAÇÃO, CIRURGIA PARA FIXAR PLACAS NA FACE, EXAMES e FISIOTERAPIA.

FOI EXAMINADO POR MIM E CONSTATADO PERDA FUNCIONAL DE 50% NO MEMBRO AFETADO OSSOS DA FACE e 40º NO (M.I.D) SEQUELADA.

OEIRAS, 21 DE AGOSTO DE 2018.



Dr. Nilson Cronemberger  
CRM 10.101  
CPF 052.691.264-04

DR : NILSON CRONEMBERGER



Nome: *Marcilene de Carvalho Sousa*  
Médico: *Pablo Alencar*

Número: 23797  
Data Exame: 06/06/2018

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE

### RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado dos seios da face realizado com cortes em padrão helicoidal, nos planos axiais e coronais, usando filtros de alta resolução para partes moles e de alta definição óssea, partindo do maxilar superior em direção ao seio frontal, mostrou:

- Seios maxilares: com anatomia e relevos mucosos preservados.
- Complexos ostiomeatais permeáveis.
- Células etmoidais: pneumatizadas, íntegras.
- Seio frontal: sem alterações tomográficas.
- Seio esfenoidal: preservado.
- Desvio do septo nasal para a direita.
- Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
- Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
- Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Desvio do septo nasal para a direita.
2. Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
3. Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
4. Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.



*Leonardo Robert de Carvalho Braga*  
Leonardo Robert de Carvalho Braga  
CRM 1867

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: MARCELENE DE CARVALHO SOUSA  
Nacionalidade: BRASILEIRA  
Estado Civil: VÍDUO EPIAUER  
Identidade: RG-2.488.908-SSP-PF  
CPF: 042.401.803-92  
Profissão: TCC - SAÚDE BUCAL  
Endereço: RUA - 07 DE SETEMBRO - N° 61 - BAIRRO ROBERTO  
CEP: 64.500-000 - DEIRAS-PIAUÍ  
Telefone: (88) 99420-2182

### OUTORGADO:

Nome: RANIERE MARTINS SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: RG-3.364.096-SSP-PF  
CPF: 046.400.283-42  
Profissão: ESTUDANTE  
Endereço: AV. DOM. EXPEDITO 109 - 242 - JUREMUNHA  
CEP: 64.500-000  
Telefone: (88) 994083583

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento do mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: MARCELENE DE CARVALHO SOUSA

PJ. CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

DEIRAS, 11 DE JULHO DE 2018

Local e data

MARCELENE DE CARVALHO SOUSA

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos  
Rua Miguel Oliveira, 285 - Centro - Deiras - PI - (0669) 8462 1261 / (9402-9318)  
e-mail: cartorio.vangelino@gmail.com

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARCELENE DE CARVALHO SOUSA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. DEIRAS-PI, 11/07/2018. Encl.: 3,71 IJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: 110.57250 (F60P37).

ELIANE MAURIZ DE SA E SILVA ESCRIVENTE CONFISSADA

☐ FIANDEIRO DE CARVALHO SA E SILVA - TABELA ☒ ELIANE MAURIZ DE SA E SILVA ☐ ELIANE MAURIZ DE SA E SILVA

☐ ORLANDIA OLIVEIRA DE SOUSA

Selo de Autenticidade  
N° ANG 057250  
Série 110

## EDNTRAN

CITING

DPVAT

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417131 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCILENE DE CARVALHO SOUSA **Data do acidente:** 30/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO COM TRAUMA DE FACE(FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO)  
 QUEIMADURA DE 2º GRAU MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO  
 TRATAMENTO CONSERVADOR

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417131 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCILENE DE CARVALHO SOUSA **Data do acidente:** 30/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE COM FRATURA FRONTAL E DO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417131 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCILENE DE CARVALHO SOUSA **Data do acidente:** 30/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO COM TRAUMA DE FACE(FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO)  
QUEIMADURA DE 2º GRAU MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO  
TRATAMENTO CONSERVADOR

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Karla Souza

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417131 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCILENE DE CARVALHO SOUSA **Data do acidente:** 30/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ORBITO ZIGOMÁTICO MAXILAR, DO ARCO ZIGOMÁTICO IPSILATERAL, E FRATURA AO NÍVEL DO TETO DA ÓRBITA, E LESÃO NO JOELHO DIREITO COM PERDA DE PARTES MOLES E PELE.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO E LEVE CRANIOFACIAL

**Resultados terapêuticos:** FEZ TRATAMENTO COM 24 DIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO COM MINI PLACAS E PARAFUSOS, COM RAFIA DA LESÃO NO JOELHO DIREITO, REFERE QUE NÃO FEZ FISIOTERAPIA, E QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.  
APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ EXTENSA COM 10,0 CM POR 10,0 CM NO SEUS MAIORES DIÂMETROS, COM PLÁSTICA VICIOSA E COM PERDA DE PARTES MOLES NA REGIÃO LATERAL DO JOELHO DIREITO, QUE PREJUDICA OS MOVIMENTOS ARTICULARES DO JOELHO DIREITO, COM MÁ OCLUSÃO, COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DE PROTRUSÃO E RETRUSÃO, COM PREJUÍZO DA MASTIGAÇÃO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS.  
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** MAURO RICARDO RAMOS BILIBIO

**CRM do médico:** 4606

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

**PRESTADOR**

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417131 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCILENE DE CARVALHO SOUSA **Data do acidente:** 30/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ORBITO ZIGOMÁTICO MAXILAR, DO ARCO ZIGOMÁTICO IPSILATERAL, E FRATURA AO NÍVEL DO TETO DA ÓRBITA, E LESÃO NO JOELHO DIREITO COM PERDA DE PARTES MOLES E PELE.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO E LEVE CRANIOFACIAL

**Resultados terapêuticos:** FEZ TRATAMENTO COM 24 DIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO COM MINI PLACAS E PARAFUSOS, COM RAFIA DA LESÃO NO JOELHO DIREITO, REFERE QUE NÃO FEZ FISIOTERAPIA, E QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.  
APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ EXTENSA COM 10,0 CM POR 10,0 CM NO SEUS MAIORES DIÂMETROS, COM PLÁSTICA VICIOSA E COM PERDA DE PARTES MOLES NA REGIÃO LATERAL DO JOELHO DIREITO, QUE PREJUDICA OS MOVIMENTOS ARTICULARES DO JOELHO DIREITO, COM MÁ OCLUSÃO, COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DE PROTRUSÃO E RETRUSÃO, COM PREJUÍZO DA MASTIGAÇÃO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS.  
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** MAURO RICARDO RAMOS BILIBIO

**CRM do médico:** 4606

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

**PRESTADOR**

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu RANGERE MARTINS SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 046-400-283 / 42, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcilene de Carvalho Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 046-400-283 / 42 do sinistro de DPVAT cobertura INVA IDE 2 da Vítima MARCILENE DE CARVALHO SOUSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042-401-803 / 92 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: SEM RENDA e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

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

Endereço <u>AV: DOM. EXPEDITO LOPEZ</u>		Número <u>241</u>	Complemento <u>- / -</u>
Bairro <u>JOZE MATHA</u>	Cidade <u>DEIRY</u>	Estado <u>PAVI</u>	CEP <u>64-500-000</u>
Email <u>- / - / -</u>		Telefone comercial (DDD) <u>- / - / -</u>	Telefone celular (DDD) <u>89-99408-3583</u>

DEIRY 10 de JULHO de 2018  
Local e Data

Rangere Martins Silva  
Assinatura do Declarante







CP  
046.400.283-4

JOSE DE RIBAMAR  
SANTOS SILVA  
EDILEUSA MARINHO  
MARTINS SILVA

PERMANENT

Nº REGISTRO  
05841045485

02/01/2023

31/07/2013

### OBSERVATIONS

10

Ranger Martins Lulu

ARMATORI DI PONTA

2004

CEIRAS

DATA DE EMISSÃO:  
11/01/2016

1418095484  
PL 20108570

PIAU

**FJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

10 SET 2018

**DPVAT**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.060-780/001-89 | Insc. Estadual: 19.301.382-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Tarifa B-1  
Regime Especial de Incentivo autorizado pela SEFAZ 06/09

Nº da Nota Fiscal 008418036

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2009.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	19/07/2018	125	151,78

RANYERE MARTINS SILVA  
AV DOM EXPEDITO LOPES 241 OEIRAS NOVA  
CPF: 00004640028342  
CEP: 64.500-000 - OEIRAS

ROT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	11430	Atual:	12/07/2018
Anterior:	11305	Anterior:	14/06/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/08/2018
Consumo Medido:	125	Emissão:	11/07/2018
Consumo Faturado:	125	Apresentação:	12/07/2018
FCAM		28	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclass	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fec	Médo. 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	11430			

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo:		CONSUMO	125 A R\$ 0,832369 = 104,03
JUN/18	138	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	8,30
MAI/18	140	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00	2,20
ABR/18	128	MULTA POR ATRASO 05/18-00	2,80
MAR/18	122	PARCELAMENTO DE DEBITOS 5/6	32,54
FEV/18	120	JUROS DE MORA DE IMPRO-09/18-00	1,91
JAN/18	127	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 6,24	
DEZ/17	97		
NOV/17	105		
OUT/17	110		
SET/17	113		
TARIFA SEX TRIBUTOS: 0 A 125 - 0,604050		PJ CORRETOR DE SEGUROS 10 SET 2018	

MENSAGENS IMPORTANTES - RESPOSTA VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 12/07/2018 em função das contas vencidas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na Serasa, informamos ainda existirem contas vencidas e já realizadas no valor de R\$ 35,04 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
06/2018	156,52	

LIQUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 7C56.97F5.BEA2.C7A2.EF1E.2A7B.5EED.BF84

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	21,56	Taxa de Calorific	104,03
Energia	40,99	Alíquota ICMS:	22,00%
Perdas	6,45	Valor do ICMS:	22,88
Encargos	6,53	Valor do PIS:	1,00
Tributos	28,50	Valor do COFINS:	4,62

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54	
0,00			0,00			0,00	

OEIRAS

05/2018

40,83

ROT: 61.770.11.33.110800



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221296 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome completo da Vítima

CPF da vítima

Data do Acidente

MARCELENE DE CARVALHO SOUSA 042.401.803-92 30-05-2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 5.194/74.

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

ORIGINAL

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS


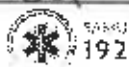
19 JUL 2018

DPVAT

CEIRY 10 de JULHO de 2018  
Local e Data

+ MARCELENE DE CARVALHO SOUSA  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

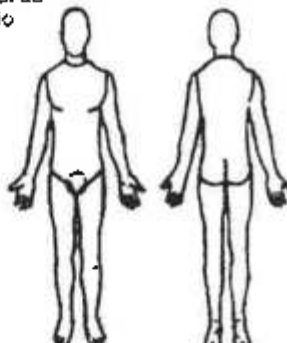
	<p align="center"><b>GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ</b>  <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE OEIRAS</b>  <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>  <b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192</b></p>	<p align="right">REGISTRO DE ATENDIMENTO</p>
		<p>Nº <u>02</u></p> <p align="right">  </p>

atendimento 192

**REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

CHAMADO	AMBULÂNCIA ACIONADA: <u>02</u> DATA: <u>30/05/18</u> DIA DA SEMANA: Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input checked="" type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/>
	LOCAL DA OCORRÊNCIA
	Endereço: <u>Rua Domado Pina</u> nº <u>    </u> Bairro: <u>Quilomera</u> Ponto de Referência: <u>Delegacia</u>
	DADOS DO PACIENTE
	NOME: <u>Marcilene de Carvalho Sousa</u> IDADE: <u>31</u> SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
	DADOS DO CHAMADO
	1. SAÍDA DO P.A.: <u>19:22</u> 2. CHEGADA AO LOCAL: <u>19:26</u> 3. SAÍDA DO LOCAL: <u>19:35</u>
	4. CHEGADA AO HOSPITAL: <u>19:37</u> 5. SAÍDA DO HOSPITAL: <u>20:01</u> 6. CHEGADA NO P.A.: <u>20:06</u>

O DE OCORRÊNCIA	01- ACIDENTE DE TRÂNSITO	07- ENVENAMENTO	13- URGÊNCIA OBSTÉTRICA <input checked="" type="checkbox"/>
	02- AGRESSÃO FÍSICA-ESPANCAMENTO	08- AFOGAMENTO	14- TRANSFERÊNCIA
	03- AGRESSÃO FÍSICA-FAF	09- CHOQUE ELÉTRICO	16- OUTROS <u>    </u>
	04- AGRESSÃO FÍSICA FAB	10- QUEDA	17- JÁ REMOVIDO
	05- URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	11- URGÊNCIA CLÍNICA	18- FALSO CHAMADO
	06- TENTATIVA DE SUICÍDIO	12- QUEIMADURA	
Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			<input checked="" type="checkbox"/>
1- Sim 2- Não 3- Ignorado			

EXAME FÍSICO	GLASCOW= <u>15</u>			<p>Local da lesão</p> 
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA	ORIENTADO	OBEDECE A COMANDOS	
	3- À VOZ	4- CONFUSA	5- LOCALIZA DOR	
	2- À DOR	3- PALAVRAS INAPROPRIADAS	4- RETIRA O MEMBRO	
	1- NENHUMA	2- PALAVRAS INCOMPREENSÍVEIS	3- DE CORTICAÇÃO	
	1- NENHUMA	2- DO SCEREBRAÇÃO		
		1- NENHUMA		
	PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/>	PULSO RADIAL <input checked="" type="checkbox"/>	SINAIS VITAIS	SANGRAMENTO <input checked="" type="checkbox"/>
	1- NORMAIS	1- CHEIO	P <u>94</u> bpm	1- AUSENTE
	2- CONTRAÍDAS	2- FINO	R <u>    </u> rpm	2- MÍNIMO
	3- DILATADAS	3- AUSENTE	T <u>36.5</u> °C	3- MODERADO
	4- DESIGUAIS		PA <u>130/80</u> mmHg	4- INTENSO
			Sat. O <sub>2</sub> <u>99</u> %	
			FC <u>    </u> bpm	

PROC. F. IZADOS	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> OXIGÊNIO <input checked="" type="checkbox"/> CURATIVOS <input checked="" type="checkbox"/> PRANCHA LONGA <input type="checkbox"/> PRANCHA CURTA	<input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	<input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR <u>151</u> <input type="checkbox"/> OUTROS <u>SSVU</u>
DESTINO	1- HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO <input type="checkbox"/> 2- OUTRO <u>    </u>	1- ANTES DO SOCORRO 2- ANTES DO TRANSPORTE 3- DURANTE O TRANSPORTE 4- NÃO	<p align="center">PJ CORRETORA DE SEGUROS</p> <p align="center">19-JUL-2018</p> <p align="center">DPVAT</p>
	CONDIÇÕES DE ENTRADA <input checked="" type="checkbox"/> 1- MELHORADO 2- PIORADO 3- INALTERADO		

OBSERVAÇÕES: paciente consciente, orientada a vítima de acidente motociclistica moto x carro, apresentando hemorragia da base da cabeça apresentando olhos e guaxinim corti na região da cabeça

Responsável pela recepção

Socorristas  
 Enfermeira Rosa Maria  
 AE / TE Rosa Maria  
 Condutor Ribamar

Rosa Maria Maia  
 Técnico de Enfermagem  
 COREN-PI 000201907

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.890.744/0001-897 - Inscrição Estadual: 19.301.343-5  
Nota Fiscal / Centro de Cotação Eletrônica - Sane E-1  
Regime especial de Imposto de Renda pelo SELIC 06/90

Nº da Nota Fiscal 007459499

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEZ, foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de agosto 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	28/06/2018	35	52,08

MARIA ALVES DE CARVALHO  
R. 07 DE SETEMBRO 61 R ROSARIO ROSARIO  
CPF: 00068631294349  
CEP: 64.500-000 - OBRAS

ROT: 60.770.16.04.046610

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	4182	Atual:	22/06/2018
Anterior:	4087	Anterior:	23/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/07/2018
Consumo Médio:	95	Limite:	20/06/2018
Consumo Exatidão:	95	Atualização:	22/06/2018

Class/Subclass	Ligação	Nome Medidor	Power	Código Est.	Média 12 meses
RESID. Bx. RENDA					

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mai/18 101	CONSUMO 30 A R\$ 0,277560 = 8,32
ABR/18 131	65 A R\$ 0,475832 = 30,92
MAR/18 117	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 2,88
FEV/18 203	DIFERENÇA DE TARIFA 37,50
JAN/18 163	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 27,54
DEZ/17 202	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,13
NOV/17 117	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,75
OUT/17 219	
SET/17 131	
AGO/17 125	

TREFA COM 12 BANCOS:  
0 A 30 - 0,30226  
31 A 60 - 0,30939

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 20/06/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO FISCO CE13.94E1.9383.4C00.0DAB.8949.CE7B.4050

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição 10,09	Base de Cálculo 76,74
Energia 30,53	Alíquota ICMS 22,00%
Transmissão 1,81	Valor de ICMS 16,88
Encargos 4,87	Valor de PIS 0,62
Impostos 20,39	Valor de COFINS 2,89

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
0,00	6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

OBRAS



Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001389/2018-15

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Eder Marques Camarço

Data/Hora: 09/07/2018 - 16:22

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE OEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Endereço

RUA COMADRE ANA, Nº

Complemento

Data/Hora

30/05/2018 - 19:20

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

RG: 2488906

Mãe: MARIA ALVES DE CARVALHO SOUSA

Pai: FRANCISCO XAVIER CARVALHO DE SOUSA

Endereço: AV. PETRONIO PORTELA, Nº 274

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-9420-2182

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 150

Ano: Placa: Chassi:

2005 DLW6647 9C2KC08306R801661

Renavam:

00851036929

Cor:

Branca

Condutor: A PRÓPRIA VÍTIMA/NOTICIANTE

Cidade: OEIRAS UF: P; Bairro:

Proprietário: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

End: AV. PETRONIO PORTELA Número:

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE COMUNICA QUE TRAFEGAVA DE CONDUTORA NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, MAS PRECISAMENTE AO LADO DESTA DELEGACIA DE POLICIA A MESMA VEIO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E COLIDIR COM A TRASEIRA DE UM VEICULO NAO IDENTIFICADO QUE ESTAVA ESTACIONADO; QUE EM CONSEQUENCIA DO ACIDENTE A MESMA CHEGOU NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-UPA CONCIENTE, ORIENTADA, FASICA, EM PRANCHA RIGIDA, COLAR CERVICAL, REFERINDO CEFALIA, DORMENCIA EM FACE ESQUERDA, EQUIMOSE EM OLHO ESQUERDO. ESCORIAÇÕES EM MMII E MSE, CORTE EM COURO CABELUDO COMO CONSTA EM PRONTUÁRIO MEDICO

Eder Marques Camarço - Matr. 1084801  
AGENTE DE POLÍCIA

MARCILENE DE CARVALHO SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação



Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001389/2018-15**

Delegado de Polícia

*[Handwritten signature]*



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180417131**  
Nome do(a) Examinado(a): **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SETE DE SETEMBRO nº 61 - ROSÁRIO - OEIRAS/PI**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2488908 - SSP**  
Data e local do acidente: **30/05/2018 OEIRAS/PI**  
Data e local do exame: **06/10/2018 FLORIANO/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

**FRATURA DO COMPLEXO ORBITO ZIGOMÁTICO MAXILAR, DO ARCO ZIGOMÁTICO IPSILATERAL, E FRATURA AO NÍVEL DO TETO DA ÓRBITA, E LESÃO NO JOELHO DIREITO COM PERDA DE PARTES MOLES E PELE.**

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

**FEZ TRATAMENTO COM 24 DIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM FIXAÇÃO COM MINI PLACAS E PARAFUSOS, COM RAFIA DA LESÃO NO JOELHO DIREITO, REFERE QUE NÃO FEZ FISIOTERAPIA, E QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.**

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

**APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ EXTENSA COM 10,0 CM POR 10,0 CM NO SEUS MAIORES DIÂMETROS, COM PLÁSTICA VICIOSA E COM PERDA DE PARTES MOLES NA REGIÃO LATERAL DO JOELHO DIREITO, QUE PREJUDICA OS MOVIMENTOS ARTICULARES DO JOELHO DIREITO, COM MÁ OCLUSÃO, COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DE PROTRUSÃO E RETRUSÃO, COM PREJUÍZO DA MASTIGAÇÃO.**

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

**DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO E LEVE CRANIOFACIAL**

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

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela): **JOELHO DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: MAURO RICARDO RAMOS BILIBIO CRM:4606 /PI**



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221 206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala);

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da Vítima: **042.401.803-92** Nome completo da vítima: **MARCIENE DE CARVALHO SOUSA**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: **MARCIENE DE CARVALHO SOUSA** CPT titular da conta: **042.401.803-92** Profissão: **ALCANTARAL DE BUCAL**  
 Nascimento: **07 DE SETEMBRO** Número: **61** Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: **ROSÁRIO** Cidade: **DEIRAF** Estado: **PEAUI** CEP: **64.500-000**  
 Ental: \_\_\_\_\_ Ictiône (DDD): **89-99420-2182**

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

☒ BRABESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: **1383** CONTA: **25662**  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

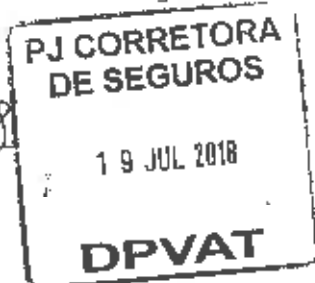
**CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

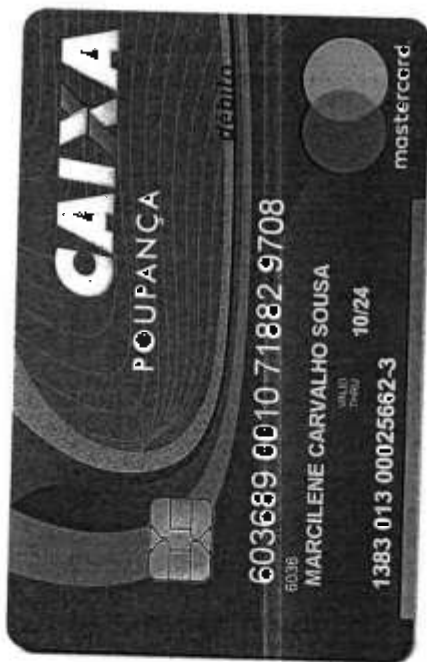
BANCO: \_\_\_\_\_ Nº da conta: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

**DEIRAF 10 de JULHO de 2018**  
 Local e Data  
**Marcilene de Carvalho Sousa**  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**

Sinistro: **3180417131**  
Vítima: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**  
Data do Acidente: **30/05/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180417131** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



## UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

TOTOINHO FREITAS,

OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000

CNPJ: 06553564001371

(89) 3462-1213 - ( )

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P033402

Registro: 5331

Data: 30/05/2018

Hora: 19:47:00

Funcionario: SILVA

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 117

SUS

MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

CPF: - RG: 2488908 - CARTAO DO SUS 700509772332450

Nasc.: 12/09/1985 Idade: 32 ANOS, 8 MESES, 18 DIAS Profissao:

Civil:

CPF: 64500-000

End.: AV. PETRONIO PORTELA, 274 -

Bairro: OEIRAS NOVA

Cidade: OEIRAS/PI

Cor: SEM

Telefone: ( ) -

Mãe: MARIA ALVES DE CARVALHO SOUSA

Pai: FRANCISCO XAVIER CARVALHO

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6482 - FABRICIO PINHEIRO BEZERRA MELO

SUS: 700509772332450

Responsavel: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 6Kg

P.A.: 0

## Procedimentos

30/05/2018 19:47 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

30/05/2018 19:53 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência☐ Laranja - Muito Urgente☒ Amarelo - Urgente☐ Verde - Pouco Urgente☐ Azul - Não

## ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLIENTE CONDUZIDA PELO SAMU OEIRAS ACOMPANHADA DO ESPOSO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISAO MOTO X CAMINHAO, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, EM PRANCHA RIGIDA, COLAR CERVICAL, REFERINDO CEFALIA, DORMENCIA EM FACE ESQUERDA, EQUIMOSE EM OLHO ESQUEERDO, ESCORIAÇÕES EM MMII E MSE, CORTE EM COURO CABELUDO, NAO FAZIA USO DE CAPACETE (SIC). DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRONICAS. PA: 128X107MMHG, GC: 151MG/DL, SPO2: 99%, P: 94BPM

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

30/05/2018 19:53:18

158811-KEDINA ALVES REGO  
BRANDÃO

## DADOS CLÍNICOS

CLIENTE CONDUZIDA PELO SAMU OEIRAS ACOMPANHADA DO ESPOSO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISAO MOTO X CAMINHAO, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, EM PRANCHA RIGIDA, COLAR CERVICAL, REFERINDO CEFALIA, DORMENCIA EM FACE ESQUERDA, BLEFAROHMATOMA ESQUEERDO, ESCORIAÇÕES EM MMII E MSE, CORTE EM COURO CABELUDO, NAO FAZIA USO DE CAPACETE (SIC). DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRONICAS. PA: 128X107MMHG, GC: 151MG/DL, SPO2: 99%, P: 94BPM

## DIAGNÓSTICO

CID

9999

## EXAMES COMPLEMENTARES

TC DE CRANIO

## PRESCRIÇÃO MEDICA

DIPERONA 500 MG/ML SOL. INJ.  
C/ 2 ML1 AMP ENDOVEN  
OSA  
(EV)TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML  
(TRAMAL)1 AMP ENDOVEN  
OSA  
(EV)DILUIR 100ML SF  
0,9%

## CONDUTA MEDICA

Data: 30/05/2018 Hora: 20:12:42

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

As 20:42 Encaminhada a Hospital  
At 20:42 Retornou a UPA

At 20:42 Paciente Evoluindo com vida

At 20:15 - Apêndice sem deficit neurológico  
CP - Diqueno - Oromax 10:20

Tratamento com analgésico e transderm

Responsavel: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

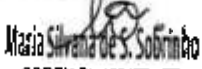
6482 - FABRICIO PINHEIRO BEZERRA MELO



**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: 31/05/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
as 11h realizado curativo em local, em M e e m.p. ulcero 5x0,9x, peristome, gases livres, deprecadimento, deprecadimento e ataduras.			 Maria Silvana de S. Sobrinho COREN-PI 1231771-JE
M	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
A	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
N	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
H	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
A	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
as			
T	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
A	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
R	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
D	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
O	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
I	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
T	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	

Nome: **Marcilene do Carvalho Sousa**  
Médico: **Fabrizio Melo**

Número: **23679**  
Data Exame: **30/05/2018**

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### **RELATÓRIO**

O exame tomográfico computadorizado do crânio realizado com cortes de 5 mm de espessura na região infratentorial e de 10 mm de espessura na região supratentorial, evidencia:

- Parênquima encefálico com morfologia e coeficiente de atenuação normais.
- Sulcos corticais preservados.
- Sistema ventricular com forma e dimensões dentro dos limites da normalidade. Não há sinais tomográficos de hidrocefalia.
- Cisternas encefálicas e pré-pontinas sem alterações tomográficas.
- Tronco cerebral visível, hemisférios cerebelares e vermis com coeficientes de atenuação e morfologia preservados.
- Seios paranasais visíveis normais.
- Fratura frontal esquerda e em arco zigomático ipsilateral com discreto afundamento.
- Aumento de volume e densidade de partes moles em região fronto-orbitária esquerda.

### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

1. Tomografia computadorizada do encéfalo normal.
2. Fratura frontal esquerda e em arco zigomático ipsilateral com discreto afundamento.
3. Aumento de volume e densidade de partes moles em região fronto-orbitária esquerda.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

  
Leonardo Robert de Carvalho Braga  
CRM 1667



SERVIÇO DE IMAGEM E DIAGNÓSTICO

- RAIO-X DIGITAL
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- ELETROENCEFALOGRAMA

- TOMOGRAFIA HELICOIDAL COMPUTADORIZADA
- CONSULTAS: NEUROCIRURGIA / NEUROLOGIA / ORTOPEDIA

Nome: *Marcilene de Carvalho Sousa*  
Médico: *Pablo Alencar*

Número: 23797  
Data Exame: 06/06/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE**

### **RELATÓRIO**

O exame tomográfico computadorizado dos seios da face realizado com cortes em padrão helicoidal, nos planos axiais e coronais, usando filtros de alta resolução para partes moles e de alta definição óssea, partindo do maxilar superior em direção ao seio frontal, mostrou:

- Seios maxilares: com anatomia e relevos mucosos preservados.
- Complexos ostiomeatais permeáveis.
- Células etmoidais: pneumatizadas, integras.
- Seio frontal: sem alterações tomográficas.
- Seio esfenoidal: preservado.
- Desvio do septo nasal para a direita.
- Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
- Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
- Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.

### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

1. Desvio do septo nasal para a direita.
2. Conchas bolhosas em cornetos nasais médios.
3. Fratura frontal esquerda ao nível do teto da órbita.
4. Fraturas com discreto afundamento em arco do zigomático esquerdo.

  
Leonardo Robert de Carvalho Braga  
CRM 1667

# HRDC

## HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Av. Rui Barbosa, 586 - Oeiras-PI - Fone: (89) 3462-1213  
CEP 64.500-000  
CNPJ 06.553.564/0013-71

### LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento

☐

Uso de Prótese e Órteses

☐

Diária de UTI

☐

Uso de Fatores de Coagulação

☐

Diária de Acompanhante

☒

Uso de Oxigenadores

☐

Vacina Anti RH

☐

Nutrição Parenteral

☐☐☐

Hospital: HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

CNPJ 06.553.564/0013-71

Paciente:

Marcilene A. de A. Silva

N.º AIH

Procedimento Anterior:

Procedimento Solicitado

Médico Solicitante:

CRM:

CPF

JUSTIFICATIVA:

DATA 24/06/2018

Assinatura do Médico Solicitante  
CRM e CPF

AUDITOR:

DATA   /  /  

Assinatura do Médico Solicitante  
CRM e CPF

ALA: 3 ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 07/06/18

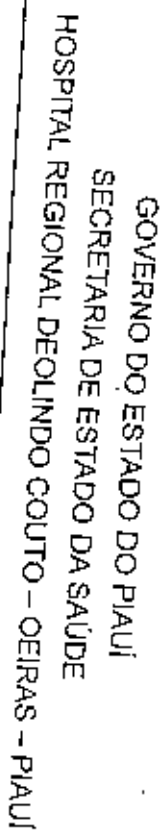
# MANIT

**TABLER**

**NOTES**







HRDC  
HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CANADA

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 30/05/2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Leito:

DN: 6021 02714985

mais com as mãos e com o corpo, mostrando  
 caráter e firmeza. E de sempre  
 seguindo as regras de Deus, que  
 guida o povo de Deus. E assim  
 sendo, a religião sempre com Deus,  
 que sempre o povo de Deus, que de

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Hospital Regional Deolinda Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586, Centro  
(89) 3462-3969 - CEP: 64.500-000 - Oeiras - PI  
C.N.P.I nº 02.473.774/0001-00

**SOLICITAÇÃO DE PARECER DO:** Belo Máximo Figueira

Nome do Paciente: Monteiro de Carvalho Siqueira Dat. Nasc.: 1/1/1988  
Clínica: Ata: Enf.: Leito:

**MOTIVO SOLICITAÇÃO:**

Paciente vítima de TCE (acidente motociclístico)  
TCE = Fratura frontal esquerda com deslocamento  
tímido e deslocamento apêndice

Data: 30/05/18

Assinatura: Dr. Fabrício Melo

Dr. Fabrício Melo  
Médico  
CRM-PI: 8482

**PARECER:**

Paciente com fraturas na face. Solicito exames  
de imagem, exames pré-operatórios e Internações  
para seguir com conduta cirúrgica.

Data: 31/05/18

Assinatura: Dr. Fábio P. V. Alencar

Dr. Fábio P. V. Alencar  
Cirurgião Plástico  
CRM-PI: 2580  
CPF: 023.787.523-77



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COSTA - DEBRAS - PIAUÍ



## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 06/06/98

Paciente: Mariana de Castello Sousa

**Letter:**

61

03

IDN- 19 109 185

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>CS: 3509 320x80 mmHg Tax 35.1° segue com  febre e repouso noturno</p> <p>Disciplinada da SIMA  CronPI 000304911-12-Enf</p> <p>08:40 PA: 130x80 mmHg Tax 35.1° cliente  em repouso, febre e repouso noturno</p> <p>Maria de Fátima dos Santos  Técnica de Enfermagem  COREN-PR 4229051</p> <p>09:13 PA: 130x80 mmHg Tax 37.0° cliente  em repouso, febre e repouso noturno</p> <p>Maria de Fátima dos Santos  Técnica de Enfermagem  COREN-PR 4229051</p> <p>09:15 PA: 130x80 mmHg Tax 37.2° cliente  em repouso, febre e repouso noturno</p> <p>Maria de Fátima dos Santos  Técnica de Enfermagem  COREN-PR 4229051</p>	



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COLUTO - DEIRAS - PIAUÍ



## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Date: 07/06/18

Paciente:	Mauricio de Carvalho Sousa		Ido:	02	05	IDN:	12109/85
-----------	----------------------------	--	------	----	----	------	----------

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
15.11.18 na faculdade de A.M.M. Ver diagnóstico de pneumonia. 24-11-18 16.00 manhã V.A. 36.7°C. <del>Alvo</del>	
8.55 PM. 9.0x6.8 mm Hg. 34.5°C. <del>alguma</del> com fúnculos. Gisela Evangelista da Silva Coten PI 0006691171165 Ent.	
16.53 PM 3.3x3.8 cm Hg. 35.1°C. evoluindo com afecção no momento. Gisela Evangelista da Silva Coten PI 0006691171165 Ent.	
20.43 PM 11.0x10 mm Hg. 34.3°C. 60 pulsos. <del>colúscula</del> 3. <del>2</del> Gisela Evangelista da Silva Coten PI 0006691171165 Ent.	

Hospital Regional Deolindo Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586, Centro  
(89) 3452-3269 - CET: 64.500-000 - Ceiras - PI  
C.N.P.J. 06.553.564/0013-71

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 05/06/19

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
10:15h. Realizado curativo em M.O. 144- ligado SF 0,9% goteira, atadura, IAGG, no membro e supradigito		Enf.º Natalyly Ra PCH-PT 461043
M A N H Ã	X 0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
	0301100056	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E		
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICÊMIA CAPILAR

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 03/06/18

Paciente:

Marciana de Carvalho Sousa

Leito:

02

03

DN:

12/09/85

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

01/06/18 08:00h	em 08:35-15	
02/06/18 08:00h	em 08:35-15	
03/06/18 08:00h	em 08:35-15	
04/06/18 08:00h	em 08:35-15	
05/06/18 08:00h	em 08:35-15	
06/06/18 08:00h	em 08:35-15	
07/06/18 08:00h	em 08:35-15	
08/06/18 08:00h	em 08:35-15	
09/06/18 08:00h	em 08:35-15	
10/06/18 08:00h	em 08:35-15	
11/06/18 08:00h	em 08:35-15	
12/06/18 08:00h	em 08:35-15	
13/06/18 08:00h	em 08:35-15	
14/06/18 08:00h	em 08:35-15	
15/06/18 08:00h	em 08:35-15	
16/06/18 08:00h	em 08:35-15	
17/06/18 08:00h	em 08:35-15	
18/06/18 08:00h	em 08:35-15	
19/06/18 08:00h	em 08:35-15	
20/06/18 08:00h	em 08:35-15	
21/06/18 08:00h	em 08:35-15	
22/06/18 08:00h	em 08:35-15	
23/06/18 08:00h	em 08:35-15	
24/06/18 08:00h	em 08:35-15	
25/06/18 08:00h	em 08:35-15	
26/06/18 08:00h	em 08:35-15	
27/06/18 08:00h	em 08:35-15	
28/06/18 08:00h	em 08:35-15	
29/06/18 08:00h	em 08:35-15	
30/06/18 08:00h	em 08:35-15	
01/07/18 08:00h	em 08:35-15	
02/07/18 08:00h	em 08:35-15	
03/07/18 08:00h	em 08:35-15	
04/07/18 08:00h	em 08:35-15	
05/07/18 08:00h	em 08:35-15	
06/07/18 08:00h	em 08:35-15	
07/07/18 08:00h	em 08:35-15	
08/07/18 08:00h	em 08:35-15	
09/07/18 08:00h	em 08:35-15	
10/07/18 08:00h	em 08:35-15	
11/07/18 08:00h	em 08:35-15	
12/07/18 08:00h	em 08:35-15	
13/07/18 08:00h	em 08:35-15	
14/07/18 08:00h	em 08:35-15	
15/07/18 08:00h	em 08:35-15	
16/07/18 08:00h	em 08:35-15	
17/07/18 08:00h	em 08:35-15	
18/07/18 08:00h	em 08:35-15	
19/07/18 08:00h	em 08:35-15	
20/07/18 08:00h	em 08:35-15	
21/07/18 08:00h	em 08:35-15	
22/07/18 08:00h	em 08:35-15	
23/07/18 08:00h	em 08:35-15	
24/07/18 08:00h	em 08:35-15	
25/07/18 08:00h	em 08:35-15	
26/07/18 08:00h	em 08:35-15	
27/07/18 08:00h	em 08:35-15	
28/07/18 08:00h	em 08:35-15	
29/07/18 08:00h	em 08:35-15	
30/07/18 08:00h	em 08:35-15	
31/07/18 08:00h	em 08:35-15	
01/08/18 08:00h	em 08:35-15	
02/08/18 08:00h	em 08:35-15	
03/08/18 08:00h	em 08:35-15	
04/08/18 08:00h	em 08:35-15	
05/08/18 08:00h	em 08:35-15	
06/08/18 08:00h	em 08:35-15	
07/08/18 08:00h	em 08:35-15	
08/08/18 08:00h	em 08:35-15	
09/08/18 08:00h	em 08:35-15	
10/08/18 08:00h	em 08:35-15	
11/08/18 08:00h	em 08:35-15	
12/08/18 08:00h	em 08:35-15	
13/08/18 08:00h	em 08:35-15	
14/08/18 08:00h	em 08:35-15	
15/08/18 08:00h	em 08:35-15	
16/08/18 08:00h	em 08:35-15	
17/08/18 08:00h	em 08:35-15	
18/08/18 08:00h	em 08:35-15	
19/08/18 08:00h	em 08:35-15	
20/08/18 08:00h	em 08:35-15	
21/08/18 08:00h	em 08:35-15	
22/08/18 08:00h	em 08:35-15	
23/08/18 08:00h	em 08:35-15	
24/08/18 08:00h	em 08:35-15	
25/08/18 08:00h	em 08:35-15	
26/08/18 08:00h	em 08:35-15	
27/08/18 08:00h	em 08:35-15	
28/08/18 08:00h	em 08:35-15	
29/08/18 08:00h	em 08:35-15	
30/08/18 08:00h	em 08:35-15	
31/08/18 08:00h	em 08:35-15	
01/09/18 08:00h	em 08:35-15	
02/09/18 08:00h	em 08:35-15	
03/09/18 08:00h	em 08:35-15	
04/09/18 08:00h	em 08:35-15	
05/09/18 08:00h	em 08:35-15	
06/09/18 08:00h	em 08:35-15	
07/09/18 08:00h	em 08:35-15	
08/09/18 08:00h	em 08:35-15	
09/09/18 08:00h	em 08:35-15	
10/09/18 08:00h	em 08:35-15	
11/09/18 08:00h	em 08:35-15	
12/09/18 08:00h	em 08:35-15	
13/09/18 08:00h	em 08:35-15	
14/09/18 08:00h	em 08:35-15	
15/09/18 08:00h	em 08:35-15	
16/09/18 08:00h	em 08:35-15	
17/09/18 08:00h	em 08:35-15	
18/09/18 08:00h	em 08:35-15	
19/09/18 08:00h	em 08:35-15	
20/09/18 08:00h	em 08:35-15	
21/09/18 08:00h	em 08:35-15	
22/09/18 08:00h	em 08:35-15	
23/09/18 08:00h	em 08:35-15	
24/09/18 08:00h	em 08:35-15	
25/09/18 08:00h	em 08:35-15	
26/09/18 08:00h	em 08:35-15	
27/09/18 08:00h	em 08:35-15	
28/09/18 08:00h	em 08:35-15	
29/09/18 08:00h	em 08:35-15	
30/09/18 08:00h	em 08:35-15	
01/10/18 08:00h	em 08:35-15	
02/10/18 08:00h	em 08:35-15	
03/10/18 08:00h	em 08:35-15	
04/10/18 08:00h	em 08:35-15	
05/10/18 08:00h	em 08:35-15	
06/10/18 08:00h	em 08:35-15	
07/10/18 08:00h	em 08:35-15	
08/10/18 08:00h	em 08:35-15	
09/10/18 08:00h	em 08:35-15	
10/10/18 08:00h	em 08:35-15	
11/10/18 08:00h	em 08:35-15	
12/10/18 08:00h	em 08:35-15	
13/10/18 08:00h	em 08:35-15	
14/10/18 08:00h	em 08:35-15	
15/10/18 08:00h	em 08:35-15	
16/10/18 08:00h	em 08:35-15	
17/10/18 08:00h	em 08:35-15	
18/10/18 08:00h	em 08:35-15	
19/10/18 08:00h	em 08:35-15	
20/10/18 08:00h	em 08:35-15	
21/10/18 08:00h	em 08:35-15	
22/10/18 08:00h	em 08:35-15	
23/10/18 08:00h	em 08:35-15	
24/10/18 08:00h	em 08:35-15	
25/10/18 08:00h	em 08:35-15	
26/10/18 08:00h	em 08:35-15	
27/10/18 08:00h	em 08:35-15	
28/10/18 08:00h	em 08:35-15	
29/10/18 08:00h	em 08:35-15	
30/10/18 08:00h	em 08:35-15	
31/10/18 08:00h	em 08:35-15	
01/11/18 08:00h	em 08:35-15	
02/11/18 08:00h	em 08:35-15	
03/11/18 08:00h	em 08:35-15	
04/11/18 08:00h	em 08:35-15	
05/11/18 08:00h	em 08:35-15	
06/11/18 08:00h	em 08:35-15	
07/11/18 08:00h	em 08:35-15	
08/11/18 08:00h	em 08:35-15	
09/11/18 08:00h	em 08:35-15	
10/11/18 08:00h	em 08:35-15	
11/11/18 08:00h	em 08:35-15	
12/11/18 08:00h	em 08:35-15	
13/11/18 08:00h	em 08:35-15	
14/11/18 08:00h	em 08:35-15	
15/11/18 08:00h	em 08:35-15	
16/11/18 08:00h	em 08:35-15	
17/11/18 08:00h	em 08:35-15	
18/11/18 08:00h	em 08:35-15	
19/11/18 08:00h	em 08:35-15	
20/11/18 08:00h	em 08:35-15	
21/11/18 08:00h	em 08:35-15	
22/11/18 08:00h	em 08:35-15	
23/11/18 08:00h	em 08:35-15	
24/11/18 08:00h	em 08:35-15	
25/11/18 08:00h	em 08:35-15	
26/11/18 08:00h	em 08:35-15	
27/11/18 08:00h	em 08:35-15	
28/11/18 08:00h	em 08:35-15	
29/11/18 08:00h	em 08:35-15	
30/11/18 08:00h	em 08:35-15	
01/12/18 08:00h	em 08:35-15	
02/12/18 08:00h	em 08:35-15	
03/12/18 08:00h	em 08:35-15	
04/12/18 08:00h	em 08:35-15	
05/12/18 08:00h	em 08:35-15	
06/12/18 08:00h	em 08:35-15	
07/12/18 08:00h	em 08:35-15	
08/12/18 08:00h	em 08:35-15	
09/12/18 08:00h	em 08:35-15	
10/12/18 08:00h	em 08:35-15	
11/12/18 08:00h	em 08:35-15	
12/12/18 08:00h	em 08:35-15	
13/12/18 08:00h	em 08:35-15	
14/12/18 08:00h	em 08:35-15	
15/12/18 08:00h	em 08:35-15	
16/12/18 08:00h	em 08:35-15	
17/12/18 08:00h	em 08:35-15	
18/12/18 08:00h	em 08:35-15	
19/12/18 08:00h	em 08:35-15	
20/12/18 08:00h	em 08:35-15	
21/12/18 08:00h	em 08:35-15	
22/12/18 08:00h	em 08:35-15	
23/12/18 08:00h	em 08:35-15	
24/12/18 08:00h	em 08:35-15	
25/12/18 08:00h	em 08:35-15	
26/12/18 08:00h	em 08:35-15	
27/12/18 08:00h	em 08:35-15	
28/12/18 08:00h	em 08:35-15	
29/12/18 08:00h	em 08:35-15	
30/12/18 08:00h	em 08:35-15	
31/12/18 08:00h	em 08:35-15	

Monte de Fátima dos Santos  
Técnicas de Enfermagem  
CONCRETE-PI-1229051

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marceline de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 02/06/18

MANHÃ		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		10:30 Realizado curativo em MIB.	Francielle de Moura Martins ENFERMEIRA CRM-P: 630.551
		2.º curativo (SE 0,9%), gases, cateterismo, bom e aparado.	
		0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
X		0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

TARDE		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

NOITE		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	



PIAUÍ  
Município de Saúde

# HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

## UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h

PRESCRIÇÃO MÉDICA 09

HRDC  
UPA 24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: Marcelene de Carvalho Sousa ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 Nº PRONTUÁRIO:           

DATA DE NASCIMENTO: 21/09/85

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS
12/09	Atualizar antibiótico em face		
13/09	Atualizar antibiótico em face		
14/09	Atualizar antibiótico em face		
15/09	Atualizar antibiótico em face		
16/09	Atualizar antibiótico em face		
17/09	Atualizar antibiótico em face		
18/09	Atualizar antibiótico em face		
19/09	Atualizar antibiótico em face		
20/09	Atualizar antibiótico em face		
21/09	Atualizar antibiótico em face		
22/09	Atualizar antibiótico em face		
23/09	Atualizar antibiótico em face		
24/09	Atualizar antibiótico em face		
25/09	Atualizar antibiótico em face		
26/09	Atualizar antibiótico em face		
27/09	Atualizar antibiótico em face		
28/09	Atualizar antibiótico em face		
29/09	Atualizar antibiótico em face		
30/09	Atualizar antibiótico em face		
01/10	Atualizar antibiótico em face		
02/10	Atualizar antibiótico em face		
03/10	Atualizar antibiótico em face		
04/10	Atualizar antibiótico em face		
05/10	Atualizar antibiótico em face		
06/10	Atualizar antibiótico em face		
07/10	Atualizar antibiótico em face		
08/10	Atualizar antibiótico em face		
09/10	Atualizar antibiótico em face		
10/10	Atualizar antibiótico em face		
11/10	Atualizar antibiótico em face		
12/10	Atualizar antibiótico em face		
13/10	Atualizar antibiótico em face		
14/10	Atualizar antibiótico em face		
15/10	Atualizar antibiótico em face		
16/10	Atualizar antibiótico em face		
17/10	Atualizar antibiótico em face		
18/10	Atualizar antibiótico em face		
19/10	Atualizar antibiótico em face		
20/10	Atualizar antibiótico em face		
21/10	Atualizar antibiótico em face		
22/10	Atualizar antibiótico em face		
23/10	Atualizar antibiótico em face		
24/10	Atualizar antibiótico em face		
25/10	Atualizar antibiótico em face		
26/10	Atualizar antibiótico em face		
27/10	Atualizar antibiótico em face		
28/10	Atualizar antibiótico em face		
29/10	Atualizar antibiótico em face		
30/10	Atualizar antibiótico em face		
31/10	Atualizar antibiótico em face		

Dr. ROBERTO V. ALMEIDA  
Biotecnologia  
CPE 006 19.523-70



HRDC  
HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT CANADA

52

Data: 13 Oct 8

Leito:	02
--------	----

65

DN: 12109182

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

ANO 1902-1903  
d. 00 dista quadrado procedente  
PA 110 x 60 m de 36,9°C  
Cidade de Manaus  
em 21 de Janeiro

Office of the Secretary  
U.S. Department of the Interior  
Washington, D.C.

Pr. of sea level maximum  
converged  $T_x = 36^\circ\text{C}$   $P.A = 10 \times 60 \text{ mmHg}$

THESE BOOKS DO NOT RETURN  
TO THE LIBRARY  
FOR REISSUE OR REFUND  
CORRECTION 834 351

$\text{H}_2\text{SO}_4$  around triolein production.  
 20% water, but not too much.  
 $\text{PA} = 3306 \text{ mmHg}$ ,  $\text{TWC} = 36.7^\circ\text{C}$

For Ethanol  
 CONEN - PM 8373E

**For information**  
**CONTACT - Tel 0572208**

Hospital Regional Beolinda Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586, Centro


(89) 3462-3969 - CEP: 64500-000 - Oeiras - PI

CN.PJ.06.553.564/0013-71

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Marcelene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 12/06/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
08:25 - Realizado curativo em MD, com presença de espáculo local. Utilizado SF0,9% gases, Kelsagaze, espáculo drapo e catadura.		 Daniel de Silva Nascimento ENFERMEIRO COREPRO 167.933
X	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

MANHÃ

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

TARDE

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	

NOITE



## PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Margalene de Carvalho Soares

ALA: 2 ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 11/06/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
0950h - Realizado curativo em MED. Ulcerado, SF 0,9%, sulfato de zinco, mata gases, cicatriza deparado e liberação de medicamento	Laiana Thaise Silva Tôres Enfermeira COREN-PI: 267.102
0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
0309010101	SONDAGEM ENTERAL
0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
0202010473	GLICEMIA CAPILAR

[illegible]

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101 SONDA GEM ENTERAL	
	0301100179 SONDA GEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	



HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE PROTOCOLO DEBOLINHO COUTO

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME DO PACIENTE:	DATA DE NASCIMENTO:

**DATA DE NASCIMENTO:**

**DEFERRIA:**

LEITO 03

**Nº PRONTUÁRIO:**

UNIVERSIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

HRDO

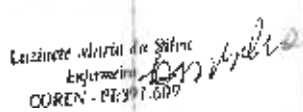
三

[illegible]

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Carvalho Sousa

ALA: B ENFERMARIA: 02 LEITO: 03 DATA: 30/06/2018

MANHÃ		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		Realizado curativo em ferimento por queimadura (2º grau) em MP. Utilizado SF0,97, gaze, solução antisséptica de iodina.	
		0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
X		0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALMO	
		0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

TARDE		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALMO	
		0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

NOITE		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALMO	

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**  
Nº Sinistro: **3180417131**  
Vitima: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**  
Data do Acidente: **30/05/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180417131**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**

Nº Sinistro: **3180417131**

Vítima: **MARCILENE DE CARVALHO SOUSA**

Data do Acidente: **30/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180417131**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13345905



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: MARCELENE DE CARVALHO SOUSA  
Nacionalidade: BRASILEIRA  
Estado Civil: VÍDUO EPIAUER  
Identidade: RG - 2.488.908 - SSP - PI  
CPF: 042.401.803 - 92  
Profissão: TCC - SAÚDE BUCAL  
Endereço: RUA - 07 DE SETEMBRO - N° 61 - BAIRRO ROBERTO  
CEP: 64.500-000 - DEIRAP - PIAUÍ  
Telefone: (88) 99420-2182

### OUTORGADO:

Nome: RANIERE MARTINS SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: RG - 3.364.096 - SSP - PI  
CPF: 046.400.283 - 42  
Profissão: ESTUDANTE  
Endereço: AV. DOM. EXPEDITO 109 - 242 - JUREMUNHA  
CEP: 64.500-000  
Telefone: (88) 994083583

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento do mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: MARCELENE DE CARVALHO SOUSA

PJ. CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

DEIRAP, 11 DE JULHO DE 2018  
Local e data

MARCELENE DE CARVALHO SOUSA  
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos  
Rua Miguel Oliveira, 285 - Centro - Deirap - PI - (0669) 8462 1261 / (9402-9318)  
e-mail: cartorio.vangelino@gmail.com  
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARCELENE DE CARVALHO SOUSA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. DEIRAP-PI, 11/07/2018. Encl.: 3,71 IJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: 110.57250 (F60P37).  
ELIANE MAURIZ DE SA E SILVA ESCRIVENTE CONFISSADA

☐ FIANDEIRO DE CARVALHO SA E SILVA - TABELA ☒ ELIANE MAURIZ DE SA E SILVA ☐ ELIANE MAURIZ DE SA E SILVA  
☐ ORLANDIA OLIVEIRA DE SOUSA

Selo de Autenticidade  
N° ANG 057250  
Série 110

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180331843 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCILENE DE CARVALHO SOUSA **Data do acidente:** 30/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA FRONTAL E DE ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM:** 5234194-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*IVONE S. VALICE*

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180331843 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCILENE DE CARVALHO SOUSA **Data do acidente:** 30/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** A

**Resultados terapêuticos:** A

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## EDNTRAN

CITING

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
19 JUL 2018  
DPVAT

**DPVAT**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RANYERE MARTINS SILVA



DOC. IDENTIDADE / CNH TITULAR  
3184096-550 PI

CNPJ  
046.400.793-62

DATA NASCIMENTO  
19/10/1990

PLACAO  
JOSE DE RIMAMAN  
SANTOS SILVA  
EDILEUSA MARINHO  
MARTINS SILVA

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA

AB

NP REGISTRO  
05841045485

VALIDADE  
02/01/2023

PRIMEIRAÇÃO  
31/07/2013

OBSERVAÇÕES  
A

Ranyere Martins Silva

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL  
OITRAS, PI

DATA DE EMISSÃO  
11/01/2018

14190954844  
P7320108570

PIAUI

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 145/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu RANGERE MARTINS SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 046-400-283 / 42, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcilene de Carvalho Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 046-400-283 / 42 do sinistro de DPVAT cobertura INVA IDE 2 da Vítima MARCILENE DE CARVALHO SOUSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042-401-803 / 92 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: SEM RENDA e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

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

Endereço <u>AV. DOM. EXPEDITO LOPES</u>		Número <u>241</u>	Complemento <u>- / -</u>
Bairro <u>JOZE MATHA</u>	Cidade <u>DEIRY</u>	Estado <u>PAVI</u>	CEP <u>64-500-000</u>
Email <u>- / - / -</u>		Telefone comercial (DDD) <u>- / - / -</u>	Telefone celular (DDD) <u>89-99408-3583</u>

DEIRY 10 de JULHO de 2018  
Local e Data

Rangere Martins Silva  
Assinatura do Declarante





**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

Para contato com a Flatorbras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1185343-3

**COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ**  
 Av. Idarado, nº 1.222 - Centro Sul - Teresina - PI  
 CEP: 66.040-74-0001-24 (11) 3100.1900-5  
 Kátia Figueira / Centro de Energia Elétrica - Celso B. 1  
 E-mail: gpe@celpe.com.br ou gpe@celpe.com.br

Nº da Nota Fiscal 009418036

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 19.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
125	151,78

RANYERE MARTINS SILVA  
AV DOM EXPEDITO LOPES 241 OBRAS NOVA  
CPF: 00004610028342  
CEP: 54.500-000 - OBRAS

ROT: 62.770,11.33,110800

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atum:	11430	Atum:	12/07/2018
Aracari:	11305	Aracari:	14/06/2018
Aracari:	1.000	Próxima Leitura:	14/03/2018
Constante de Multiplicação:	125	Emissão:	11/07/2018
Constante Menor:	125	Representação:	12/07/2018
Constante Maior:			

**NORMAL**

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Tipologia	Número de Dígito	Posto	Código de	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MOMO	A1256414			126

Mês/Ano		Descrição da Conta	Valor
JUN/18	138	CONSUMO	125 A R\$ 0,832309 = 104,03
MAI/18	140	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	8,80
ABR/18	128	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00	2,20
MAR/18	122	MULTA POR ATRASO 05/18-00	2,80
FEV/18	120	PARCELAMENTO DE DEBITOS 5/6	32,54
JAN/18	127	JUROS DE HORA DE IMPO 05/18-00	1,91
DEZ/17	97	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,24	
NOV/17	105		
OUT/17	110		
SET/17	113		

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

721F# BEN 230005  
05 05 - 0.0000

VERMELHA - 6-24-1964  
PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVE E DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$   
 06/2018 156,52

LIGUE 0300 086 0800 E PAGA-OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVED: APT: CO 7C5C.97F5.BEA2.C7A2.EF1E.2A7B.5EED.BF84

VALORES ADICIONAIS - R\$		IMPOSTOS/TÁRIFAS - R\$	
	22,56	Base de Cálculo:	104,03
Distribuição:	40,39	Alíquota ICMS:	22,00%
Energia:	6,45	Valor de ICMS:	22,88
Transmissão:	6,53	Valor de PIS:	1,00
Encargos:	28,50	Valor de COFINS:	4,62
Taxação:			

INDICADORES DE CONTINUIDADE

6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54
0,00			0,00			0,00

GETRÜS

05/2018

40:33

ROF: 61.776, 11.33, 210800



**Eletrobras**  
Distribuição Paulista

COMPRON-IA ENERGÉTICA DO PARÁ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sol - Teresina - PI  
CNPJ: 04.349.740/0001-80 | Fone: Estéreo: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

1000

MÉS FATIGADO

陈明

TOTAL A PAGAR = RS

**RESEARCH**

**VENCIMENTO**

1970024506188

Nº da Nota Fiscal: 009418036 FCAH

8364000001 1 51780017000 6 00000001185 8 34330718008 7





Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001389/2018-15

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Eder Marques Camarço

Data/Hora: 09/07/2018 - 16:22

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE OEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Endereço

RUA COMADRE ANA, Nº

Complemento

Data/Hora

30/05/2018 - 19:20

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

RG: 2488906

Mãe: MARIA ALVES DE CARVALHO SOUSA

Pai: FRANCISCO XAVIER CARVALHO DE SOUSA

Endereço: AV. PETRONIO PORTELA, Nº 274

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-9420-2182

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 150

Ano: Placa: Chassi:

2005 DLW6647 9C2KC08306R801661

Renavam:

00851036929

Cor:

Branca

Condutor: A PRÓPRIA VÍTIMA/NOTICIANTE

Cidade: OEIRAS UF: P; Bairro:

Proprietário: MARCILENE DE CARVALHO SOUSA

End: AV. PETRONIO PORTELA Número:

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE COMUNICA QUE TRAFEGAVA DE CONDUTORA NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, MAS PRECISAMENTE AO LADO DESTA DELEGACIA DE POLICIA A MESMA VEIO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E COLIDIR COM A TRASEIRA DE UM VEICULO NAO IDENTIFICADO QUE ESTAVA ESTACIONADO; QUE EM CONSEQUENCIA DO ACIDENTE A MESMA CHEGOU NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-UPA CONCIENTE, ORIENTADA, FASICA, EM PRANCHA RIGIDA, COLAR CERVICAL, REFERINDO CEFALIA, DORMENCIA EM FACE ESQUERDA, EQUIMOSE EM OLHO ESQUERDO. ESCORIAÇÕES EM MMII E MSE, CORTE EM COURO CABELUDO COMO CONSTA EM PRONTUARIO MEDICO

Eder Marques Camarço - Mat. 1084801  
AGENTE DE POLÍCIA

MARCILENE DE CARVALHO SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação



Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001389/2018-15**

Delegado de Polícia

*[Handwritten signature]*



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221296 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome completo da Vítima

MARCELENE DE CARVALHO SOUSA

CNPJ da vítima

042.401.803-92

Data do Acidente

30-05-2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CNPJ do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 5.194/74.

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

ORIGINAL

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

CEPRY 10 de JULHO de 2018  
Local e Data

+ MARCELENE DE CARVALHO SOUSA  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal