

Controle de do x Audiências x Upload x Consulta proc x 0834445-40.20 x Download file x WhatsApp x Tribunal de Jus x +

Não seguro | tjpj.pjeus.br/Lg/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=390382&ca=db1579608d695e16b4162d...
Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJE ProceComCiv 0834445-40.2019.8.18.0140
PAULO SERGIO FERREIRA GOMES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO S...

11078207 - CONTESTAÇÃO (2738637 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 31/07/2020 10:29:13

31 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11078201 - CONTESTAÇÃO
 - 11078207 - CONTESTAÇÃO (2738637 CONTESTACAO 01)
 - 11078211 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 11078212 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11078216 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS.)
 - 11078236 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 11

2738637- CS/ 2020-02736/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+proc adm.pdf Exibir todos x

PT 10:29 31/07/2020



Número: **0834445-40.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **21/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Seguro**

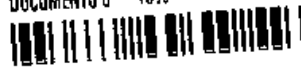
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO SERGIO FERREIRA GOMES (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11078 211	31/07/2020 10:29	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

DOCUMENTO 6 *T696*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

1. FOTOGRAFIA

2. DADOS PESSOAIS / VEHICULO

DOC. IDENTIFIC. / VEHICULO: 2169485 899 82

CPF: 007.435.835-29 DATA DE NASCIMENTO: 22/08/1984

PLACA: JOM 8 FERNANDA GOMES

MARCA DO CARRO: ACQUISICAO GOMES

PERMISSAO: ACC. CATEGORIA: AB

VALIDADE: 25/12/2018 EXPIRACAO: 10/12/2008

3. ASSINATURA

Paulo Sergio Ferreira Gomes 5

4. DADOS DE EMISSAO

LOCAL: JERESITA DATA DE EMISSAO: 13/01/2016

NUMERO DE EMISSAO: 84067468245

NUMERO DE REGISTRO: P1313440093

DETRAN - PROPRIO

06 JUN 2017





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Raulo Sérgio Pereira Jones
DATA DO ACIDENTE 05.01.17 CPF DA VITIMA 007435133-29
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR vitima () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua barroso Santos paulino
Nº 779 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Agua mineira
CIDADE pernambuco UF pi CEP 64.000.000
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() BOLETIM DE ATEROJNMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() LAJURIZACÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- () PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
() COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS ESTADOS NESTE FORMULÁRIO
() PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 05.06.17
CIDADE 2169-458
NOME Ednan Soares Coutinho
INSCRIÇÃO 123456789



0 JUN 2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170310410 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES **Data do acidente:** 05/01/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura do úmero proximal esquerdo + Fratura do olécrano esquerdo
Fratura do acetábulo esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DOCUMENTO 5 *15%



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Paulo Sergio Ferreira Gomes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 432129

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".

06 JUN 2017





From: 05/01/2017 10:39:48
FROM:K)

Nome: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES		Prontuário: 432129
Mãe: MARIA DO CARMO RODRIGUES GOMES		Pai: JOAO FERREIRA GOMES
End. Resid.: RUA LOCRECIO DANTAS Nº 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 22/06/1984	Idade: 32a:7m:14d	Sexo: Masculino Fone: 86-32142-170
Responsável: MARILENE		CNS: 701800212505179
Profissão: MOTO TAXI		Documento:
G. Instrução: Médio Incompleto		E. Civil: Casado (a)
End. Local: - - -		

<u>Código:</u> 589262	<u>Data:</u> 05/01/2017 20:26:24	<u>Clas. Cor:</u> Laranja
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: ____/____/____:____:____ ESPECIALISTA: _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: _____
neuromuscular
poliaterosom
AD ecornu = ECOIS
TC de crânio =
+ Cisterna cisterna > sem lesão neurológica

Carimbo/Assinatura Solicitante _____

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ____/____/____:____:____
EOL - sem conduto neurológico
Análise clínicas / ortopédicas

Dra. Elis Raquel
Médica
CRM 25.557/2004 - RJ

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer _____

Data/Hora Solicitação: ____/____/____ : ____ **ESPECIALISTA:** _____

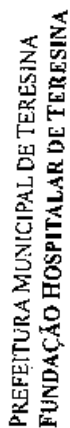
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: _____

06 JUN 20

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ____/____/____ : ____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

[illegible]

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

MÉDICO/CRM:

José Ferreira Neto
 CRM-1558
 CPF: 5.897.573-88

[illegible]



181673

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ALH : 221100001409-17
 UN : 01.01.01 (PRF) - ZENON RUIHA
 PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

2- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

01.01.01 (PRF) - ZENON RUIHA

PRCEO.: 0415030013

OP. 0151: NELLINGTON

ID: 8422

01.01.01 (PRF) - ZENON RUIHA

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

5828830

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

6 - Prontuário: 432129

7-CNS: 701800212505179

8-Nascimento: 22/06/1984

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: MARIA DO CARMO RODRIGUES GOMES

12-Fone: 86-32142-170

13-Resp: MARILENE

14-Cor: Amarela

15-Endere: RUA LUCRECIO DANTAS N° 29 - AGUA MINERAL - CEP: 64069-990

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1- Principais sinais e sintomas clínicos:

Politraumato. Fract. v. humero proximal, olecrano e
acetábulo

2- Condições que justificam a internação:

Fract. etc.

542.2 040802033438
552.0 04080204151033
532-4 04080402971343

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

Artragrafia + Rx + Ex físico

33-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod. Proced.: 27- Procedimento Solicitado:

0415030013

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

9999

28-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02

01

CPF

695.721.193-20

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

GLAUSON TUQUARE MELO NASCIMENTO

06/01/2017

Flávio Marcel B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajetado

39- () Acidente Trabalho Trajetado

40- () Acidente Trabalho Trajetado

41- () Acidente Trabalho Trajetado

42- () Acidente Trabalho Trajetado

43- () Acidente Trabalho Trajetado

44- () Acidente Trabalho Trajetado

45- () Acidente Trabalho Trajetado

46- () Acidente Trabalho Trajetado

47- () Acidente Trabalho Trajetado

48- () Acidente Trabalho Trajetado

49- () Acidente Trabalho Trajetado

50- () Acidente Trabalho Trajetado

51- () Acidente Trabalho Trajetado

52- () Acidente Trabalho Trajetado

53- () Acidente Trabalho Trajetado

54- () Acidente Trabalho Trajetado

AUTORIZAÇÃO

46- Nome do Profissional Autorizador:

47- Data Autorização:

48- Documento:

49- Num. Documento:

50- () CNES () CNP

51- Assinatura Paciente ou Responsável:

Flávio Marcel B. de S. Coutinho

50- Ass. Carimado (Rg. Conselho)

51- () Acidente Trabalho Trajetado

52- () Acidente Trabalho Trajetado

53- () Acidente Trabalho Trajetado

54- () Acidente Trabalho Trajetado



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/07/2020 10:29:13

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073110291219300000010499888

Número do documento: 20073110291219300000010499888



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° 181673

Proc. N°

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06/01/2017

NOME DO PACIENTE: Paulo Sérgio Ferreira	PRONTUÁRIO N°: 432129
DIAGNÓSTICO: Politraumático	CIRURGIA: Politraumatizado
ANESTESIA: Geral	N° DA SALA: 04
CIRURGIÃO: Dr. Clausen	CPF N°:
AUXILIAR: Dr. Fábio B. S. Cardiano	CPF N°:
ANESTESIA: Dr. Hugo	CPF N°:
INSTRUMENTADORA: Selma	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI no 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR		
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRADO	CM			SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL no 16	UNID.	04	
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Eletrodo - 05 unid. Escovas - 04 unid. Crepom - Tubo endotracheal - 01 unid. ci cat - Nemesis J. 1107 Castro Neto Mickel 70691 CONF-107 Confere com Original 06 JUN 2017			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0		03					
FITA UMBILICAL							
VICRYL 0		02					
PROLENE							
				ENFERMARIA:			
				CIRCULANTE: Solange martins			





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Paulo Sérgio Ferreira Gomes
Diagnóstico pré-operatório Frat. acetábulo, olecrano e úmero proximal
Operação - Tipo Osteossintese
Cirurgião Dr. Glauson Glauson Tugarte Nascimento
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 2775
1º Assistente Dr. Flávio Flávio Maciel de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102
2º Assistente Dr. Flávio
3º Assistente Dr. Flávio
Instrumentador(a) Selene
Anestésico(a) Dr. Augusto
Anestesia Genel
Data da Operação 06.01.2017
Início 10:00
Fim 12:00
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula 70691
SAM-UT
Compare com Original

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

Anestesia perf, DKA, encefalograma, cateter, drenagem de abdome, perf, RFT e placa e parafusos, incluído dorso no acetábulo e RFT e encefalograma em dorso de tórax. Suturas e curativos.
Procedimento ortopédico e eq. e p. de tórax - 3.5.
01080 50098

Flávio Maciel de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102
Glauson Tugarte Nascimento
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 2775

Mod. 76 HUT



SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Paulo Sérgio Ferreira Gomes

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Glaucos

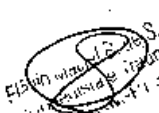
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

CÓDIGO OPME: 0702031003

JUSTIFICATIVA:

Fist oleosa exp. Necessário for Hirselle

Teresina, 06/01/2017

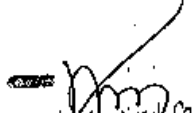

Ednan Soares Coutinho
Fisioterapeuta - Pneumologista
CRM-415102

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

AUDITOR:

Teresina, ____/____/____


Nereu Martins de Castro Neto
Médico - 70691
SAMU-HUT
Carfere com Original

06 JUN 2017

Assinatura do Médico Solicitante

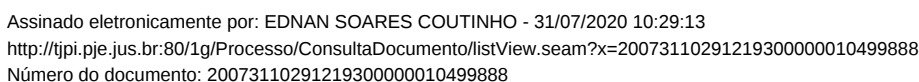
MOD. 049 - HUT





HOSFALDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° 238

Proc. N°

Rubrica

DATA 06/04/2017

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: Paulo Sérgio Ferreira Gomes	PRONTUÁRIO N°: 432129
DIAGNÓSTICO: Politraumático	CIRURGIA: Politraumático
ANESTESIA: Geral	N° DA SALA: 04
CIRURGIÃO: Dr. Glauber	CPF N°:
AUXILIAR: Dr. Paulo B. M. S. Coutinho	CPF N°:
ANESTESIA: Dr. Hugo	CPF N°:
INSTRUMENTADORA: Selma	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR		
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOIA			PVPI TÓPICO	MI	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRADO	CM			SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Eletródio - 05 unid.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Guaças - 04 unid.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				Grepom -			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				Tubo endotraqueal - 01 unid.			
ALCOFIL				el. cat. nº 7,5			
MONONYLON 2-0		03		 Nereide Martins de Castro Neto Matrícula: 70891 SANE - FLS Confere com Original			
FITA UMBILICAL							
VICRYL 0		02		ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE: Sobran Martins			



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/07/2020 10:29:13

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073110291219300000010499888

Número do documento: 20073110291219300000010499888



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente: Paulo Sérgio Ferreira Gomes
Diagnóstico pré-operatório: Fratura do osso do pé, calcâneo e unguem proximal
Operação - Tipo: Osteossíntese
Cirurgião: Dr. Clauson Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 2775
1º Assistente: Dr. Flávio Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 3102
2º Assistente: Dr. Flávio Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 3102
3º Assistente: Dr. Flávio Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 3102
Instrumentador(a): Selene
Anestésico(a): Dr. Augusto
Anestesia: Genal
Data da Operação: 06.01.2017
Início: 10:00
Fim: 12:00
Diagnóstico Pós-operatório:

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Nemésio
Nemésio Martins de Castro Neto
CRM-PI 20691
SAME-HUT
Confere com Original

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

Anestesia geral, DKA, membro direito superior, calcâneo
inferior do pé direito, RFT e placa e parafusos.
Iniciar com os alavancos e RFT e colocar
em posição de fixação. Suturar e curativo.
Fechamento com curativo e ep e fio Kirschner 35

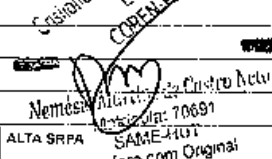
06 JUN 2017

Flávio
Flávio Martins de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102
Clauson
Clauson Tugueiro Nascimento
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 2775

Mod. 76 HUT



MOD 76 - HUT

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA						
NOME <u>Paulo Sergio Junior Gomes</u>		IDADE _____ anos		DATA <u>06/01/2017</u>		
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>12 hs 00 min</u>		TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO				
CIRURGIA REALIZADA <u>Prost. semir. proximal, pleomorf. e a-</u>				CIRURGIÃO _____		
SINAIS VITAIS		HORÁRIO				
		ADMISSÃO		SAÍDA		
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		<u>121/60</u>		<u>152/70</u>		
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		<u>87</u>		<u>90</u>		
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)		<u>94.1</u>		<u>95.1</u>		
TEMPERATURA AXILAR (°C)		/		/		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		/		/		
NOME/MATRÍCULA		<u>Junior</u>		<u>Junior</u>		
ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK						
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	☐	2	☐
	Movimenta dois membros	1	1	☒	1	☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	☐	0	☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	☒	2	☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	☒	1	☐
	Tem apnéia	0	0	☐	0	☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	☒	2	☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	☐	1	☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	☐	0	☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	☐	2	☒
	Desperta, se solicitado	1	1	☒	1	☐
	Não responde	0	0	☐	0	☐
As	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	☐	2	☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	☒	1	☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	☐	0	☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL		06		
ESCALA DE DOR ALTA		ASS		09		
() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() Jove	() Colostomia	Sonda / Nasogástrica	
ml	ml	ml	ml	ml	ml	
hs	hs	hs	hs	hs	hs	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:						
13:30 Admitido no SRPA com P.O. de sonda proximal, pleomorf. e a- (C). Sob efeito da sedação, com nível de consciência adequado, respiração espontânea, saturação de O ₂ por cateter nasal 94.1%, FC em 87 bpm.						
13:45 - Já estável, s) queixas. Liberado do SRPA.						
 Edna Soares Coutinho Enfermeira CREFEN 11490						
PRESCRIÇÃO MÉDICA				ALTA SRPA SAME 1101 Confere com Original		
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()						
POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA () PED () INT () NEU () CIR () JMÉD						





HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Structure

[illegible]

<http://tjpi.pje.ius.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073110291219300000010499888>

Número do documento: 20073110291219300000010499888

181648

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-CNPJ: 0408020547

4-Endereço: RUA LUCRECIO DANTAS Nº 29 - AGUA MINERAL - CEP: 64069-990

5-Município: TERESINA

6-Cod. IBGE: 221100

7-UF: PI

8-CEP: 64069-990

9-Data de Emissão: 05/01/2017

10-Data de Validade: 05/01/2017

11-Valor: 0408020547

12-Valor: 0408020547

13-Valor: 0408020547

14-Valor: 0408020547

15-Valor: 0408020547

16-Valor: 0408020547

17-Valor: 0408020547

18-Valor: 0408020547

19-Valor: 0408020547

20-Valor: 0408020547

21-Valor: 0408020547

22-Valor: 0408020547

23-Valor: 0408020547

24-Valor: 0408020547

25-Valor: 0408020547

26-Valor: 0408020547

27-Valor: 0408020547

28-Valor: 0408020547

29-Valor: 0408020547

30-Valor: 0408020547

31-Valor: 0408020547

32-Valor: 0408020547

33-Valor: 0408020547

34-Valor: 0408020547

35-Valor: 0408020547

36-Valor: 0408020547

37-Valor: 0408020547

38-Valor: 0408020547

39-Valor: 0408020547

40-Valor: 0408020547

41-Valor: 0408020547

42-Valor: 0408020547

43-Valor: 0408020547

44-Valor: 0408020547

45-Valor: 0408020547

46-Valor: 0408020547

47-Valor: 0408020547

48-Valor: 0408020547

49-Valor: 0408020547

50-Valor: 0408020547

51-Valor: 0408020547

52-Valor: 0408020547

53-Valor: 0408020547

54-Valor: 0408020547

55-Valor: 0408020547

56-Valor: 0408020547

57-Valor: 0408020547

58-Valor: 0408020547

59-Valor: 0408020547

60-Valor: 0408020547

61-Valor: 0408020547

62-Valor: 0408020547

63-Valor: 0408020547

64-Valor: 0408020547

65-Valor: 0408020547

66-Valor: 0408020547

67-Valor: 0408020547

68-Valor: 0408020547

69-Valor: 0408020547

70-Valor: 0408020547

71-Valor: 0408020547

72-Valor: 0408020547

73-Valor: 0408020547

74-Valor: 0408020547

75-Valor: 0408020547

76-Valor: 0408020547

77-Valor: 0408020547

78-Valor: 0408020547

79-Valor: 0408020547

80-Valor: 0408020547

81-Valor: 0408020547

82-Valor: 0408020547

83-Valor: 0408020547

84-Valor: 0408020547

85-Valor: 0408020547

86-Valor: 0408020547

87-Valor: 0408020547

88-Valor: 0408020547

89-Valor: 0408020547

90-Valor: 0408020547

91-Valor: 0408020547

92-Valor: 0408020547

93-Valor: 0408020547

94-Valor: 0408020547

95-Valor: 0408020547

96-Valor: 0408020547

97-Valor: 0408020547

98-Valor: 0408020547

99-Valor: 0408020547

100-Valor: 0408020547

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

6 - Prontuário: 432129

7-CNS: 701800212505179

8-Nascimento: 22/06/1984

9-Sexo: Masculino

10-Mãe: MARIA DO CARMO RODRIGUES GOMES

11-Fone: 86-32142-170

12-Resp: MARILENE

13-Cor: Amarela

14-End: RUA LUCRECIO DANTAS Nº 29 - AGUA MINERAL - CEP: 64069-990

15-Munic: TERESINA

16-Cod. IBGE: 221100

17-UF: PI

18-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

0 - Principais sinais e sintomas clínicos:

1 - Dor e deformidade de braço.

2 - Condições que justificam a internação:

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

4 - Diagnóstico Inicial:

5 - Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

6 - Data de Emissão: 05/01/2017

7 - Data de Validade: 05/01/2017

8 - Valor: 0408020547

9 - Valor: 0408020547

10 - Valor: 0408020547

11 - Valor: 0408020547

12 - Valor: 0408020547

13 - Valor: 0408020547

14 - Valor: 0408020547

15 - Valor: 0408020547

16 - Valor: 0408020547

17 - Valor: 0408020547

18 - Valor: 0408020547

19 - Valor: 0408020547

20 - Valor: 0408020547

21 - Valor: 0408020547

22 - Valor: 0408020547

23 - Valor: 0408020547

24 - Valor: 0408020547

25 - Valor: 0408020547

26 - Valor: 0408020547

27 - Valor: 0408020547

28 - Valor: 0408020547

29 - Valor: 0408020547

30 - Valor: 0408020547

31 - Valor: 0408020547

32 - Valor: 0408020547

33 - Valor: 0408020547

34 - Valor: 0408020547

35 - Valor: 0408020547

36 - Valor: 0408020547

37 - Valor: 0408020547

38 - Valor: 0408020547

39 - Valor: 0408020547

40 - Valor: 0408020547

41 - Valor: 0408020547

42 - Valor: 0408020547

43 - Valor: 0408020547

44 - Valor: 0408020547

45 - Valor: 0408020547

46 - Valor: 0408020547

47 - Valor: 0408020547

48 - Valor: 0408020547

49 - Valor: 0408020547

50 - Valor: 0408020547

51 - Valor: 0408020547

52 - Valor: 0408020547

53 - Valor: 0408020547

54 - Valor: 0408020547

55 - Valor: 0408020547

56 - Valor: 0408020547

57 - Valor: 0408020547

58 - Valor: 0408020547

59 - Valor: 0408020547

60 - Valor: 0408020547

61 - Valor: 0408020547

62 - Valor: 0408020547

63 - Valor: 0408020547

64 - Valor: 0408020547

65 - Valor: 0408020547

66 - Valor: 0408020547

67 - Valor: 0408020547

68 - Valor: 0408020547

69 - Valor: 0408020547

70 - Valor: 0408020547

71 - Valor: 0408020547

72 - Valor: 0408020547

73 - Valor: 0408020547

74 - Valor: 0408020547

75 - Valor: 0408020547

76 - Valor: 0408020547

77 - Valor: 0408020547

78 - Valor: 0408020547

79 - Valor: 0408020547

80 - Valor: 0408020547

81 - Valor: 0408020547

82 - Valor: 0408020547

83 - Valor: 0408020547

84 - Valor: 0408020547

85 - Valor: 0408020547

86 - Valor: 0408020547

87 - Valor: 0408020547

88 - Valor: 0408020547

89 - Valor: 0408020547

90 - Valor: 0408020547

91 - Valor: 0408020547

92 - Valor: 0408020547

93 - Valor: 0408020547

94 - Valor: 0408020547

95 - Valor: 0408020547

96 - Valor: 0408020547

97 - Valor: 0408020547

98 - Valor: 0408020547

99 - Valor: 0408020547

100 - Valor: 0408020547

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

9-Valor: 0408020547

10-Valor: 0408020547

11-Valor: 0408020547

12-Valor: 0408020547

13-Valor: 0408020547

14-Valor: 0408020547

15-Valor: 0408020547

16-Valor: 0408020547

17-Valor: 0408020547

18-Valor: 0408020547

19-Valor: 0408020547

20-Valor: 0408020547

21-Valor: 0408020547

22-Valor: 0408020547

23-Valor: 0408020547

24-Valor: 0408020547

25-Valor: 0408020547

26-Valor: 0408020547

27-Valor: 0408020547

28-Valor: 0408020547

29-Valor: 0408020547

30-Valor: 0408020547

31-Valor: 0408020547

32-Valor: 0408020547

33-Valor: 0408020547

34-Valor: 0408020547

35-Valor: 0408020547

36-Valor: 0408020547

37-Valor: 0408020547

38-Valor: 0408020547

39-Valor: 0408020547

40-Valor: 0408020547

41-Valor: 0408020547

42-Valor: 0408020547

43-Valor: 0408020547

44-Valor: 0408020547

45-Valor: 0408020547

46-Valor: 0408020547

47-Valor: 0408020547

48-Valor: 0408020547

49-Valor: 0408020547

50-Valor: 0408020547

51-Valor: 0408020547

52-Valor: 0408020547

53-Valor: 0408020547

54-Valor: 0408020547

55-Valor: 0408020547

56-Valor: 0408020547

57-Valor: 0408020547

58-Valor: 0408020547

59-Valor: 0408020547

60-Valor: 0408020547

61-Valor: 0408020547

62-Valor: 0408020547

63-Valor: 0408020547

64-Valor: 0408020547

65-Valor: 0408020547

66-Valor: 0408020547

67-Valor: 0408020547

68-Valor: 0408020547

69-Valor: 0408020547

70-Valor: 0408020547

71-Valor: 0408020547

72-Valor: 0408020547

73-Valor: 0408020547

74-Valor: 0408020547

75-Valor: 0408020547

76-Valor: 0408020547

77-Valor: 0408020547

78-Valor: 0408020547

79-Valor: 0408020547

80-Valor: 0408020547

81-Valor: 0408020547

82-Valor: 0408020547

83-Valor: 0408020547

84-Valor: 0408020547

85-Valor: 0408020547

86-Valor: 0408020547

87-Valor: 0408020547

88-Valor: 0408020547

89-Valor: 0408020547

90-Valor: 0408020547

91-Valor: 0408020547

92-Valor: 0408020547

93-Valor: 0408020547

94-Valor: 0408020547

95-Valor: 0408020547

96-Valor: 0408020547

97-Valor: 0408020547

98-Valor: 0408020547

99-Valor: 0408020547

100-Valor: 0408020547

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39- () Acidente Trabalho Trajeto

40- () Acidente Trabalho Trajeto

41- () Acidente Trabalho Trajeto

42- () Acidente Trabalho Trajeto

43- () Acidente Trabalho Trajeto

44- () Acidente Trabalho Trajeto

45- () Acidente Trabalho Trajeto

46- () Acidente Trabalho Trajeto

47- () Acidente Trabalho Trajeto

48- () Acidente Trabalho Trajeto

49- () Acidente Trabalho Trajeto

50- () Acidente Trabalho Trajeto

51- () Acidente Trabalho Trajeto

52- () Acidente Trabalho Trajeto

53- () Acidente Trabalho Trajeto

54- () Acidente Trabalho Trajeto

55- () Acidente Trabalho Trajeto

56- () Acidente Trabalho Trajeto

57- () Acidente Trabalho Trajeto

58- () Acidente Trabalho Trajeto

59- () Acidente Trabalho Trajeto

60- () Acidente Trabalho Trajeto

61- () Acidente Trabalho Trajeto

62- () Acidente Trabalho Trajeto

63- () Acidente Trabalho Trajeto

64- () Acidente Trabalho Trajeto

65- () Acidente Trabalho Trajeto

66- () Acidente Trabalho Trajeto

67- () Acidente Trabalho Trajeto

68- () Acidente Trabalho Trajeto

69- () Acidente Trabalho Trajeto

70- () Acidente Trabalho Trajeto

71- () Acidente Trabalho Trajeto

72- () Acidente Trabalho Trajeto

73- () Acidente Trabalho Trajeto

74- () Acidente Trabalho Trajeto

75- () Acidente Trabalho Trajeto

76- () Acidente Trabalho Trajeto

77- () Acidente Trabalho Trajeto

78- () Acidente Trabalho Trajeto

79- () Acidente Trabalho Trajeto

80- () Acidente Trabalho Trajeto

81- () Acidente Trabalho Trajeto

82- () Acidente Trabalho Trajeto

83- () Acidente Trabalho Trajeto

84- () Acidente Trabalho Trajeto

85- () Acidente Trabalho Trajeto

86- () Acidente Trabalho Trajeto

87- () Acidente Trabalho Trajeto

88- () Acidente Trabalho Trajeto

89- () Acidente Trabalho Trajeto

90- () Acidente Trabalho Trajeto

91- () Acidente Trabalho Trajeto

92- () Acidente Trabalho Trajeto

93- () Acidente Trabalho Trajeto

94- () Acidente Trabalho Trajeto

95- () Acidente Trabalho Trajeto

96- () Acidente Trabalho Trajeto

97- () Acidente Trabalho Trajeto

98- () Acidente Trabalho Trajeto

99- () Acidente Trabalho Trajeto

100- () Acidente Trabalho Trajeto

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47 - Data de Autorização:

48 - Documento:

49 - Num. Documento:

50 - Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

52 - Assinatura Paciente ou Responsável:

53 - Assinatura Paciente ou Responsável:

54 - Assinatura Paciente ou Responsável:

55 - Assinatura Paciente ou Responsável:

56 - Assinatura Paciente ou Responsável:

57 - Assinatura Paciente ou Responsável:

58 - Assinatura Paciente ou Responsável:

59 - Assinatura Paciente ou Responsável:

60 - Assinatura Paciente ou Responsável:

61 - Assinatura Paciente ou Responsável:

62 - Assinatura Paciente ou Responsável:

63 - Assinatura Paciente ou Responsável:

64 - Assinatura Paciente ou Responsável:

65 - Assinatura Paciente ou Responsável:

66 - Assinatura Paciente ou Responsável:

67 - Assinatura Paciente ou Responsável:

68 - Assinatura Paciente ou Responsável:

69 - Assinatura Paciente ou Responsável:

70 - Assinatura Paciente ou Responsável:

71 - Assinatura Paciente ou Responsável:

72 - Assinatura Paciente ou Responsável:

73 - Assinatura Paciente ou Responsável:

74 - Assinatura Paciente ou Responsável:

75 - Assinatura Paciente ou Responsável:

76 - Assinatura Paciente ou Responsável:

77 - Assinatura Paciente ou Responsável:

78 - Assinatura Paciente ou Responsável:

79 - Assinatura Paciente ou Responsável:

80 - Assinatura Paciente ou Responsável:

81 - Assinatura Paciente ou Responsável:

82 - Assinatura Paciente ou Responsável:

83 - Assinatura Paciente ou Responsável:

84 - Assinatura Paciente ou Responsável:

85 - Assinatura Paciente ou Responsável:

86 - Assinatura Paciente ou Responsável:

87 - Assinatura Paciente ou Responsável:

88 - Assinatura Paciente ou Responsável:

89 - Assinatura Paciente ou Responsável:

90 - Assinatura Paciente ou Responsável:

91 - Assinatura Paciente ou Responsável:

92 - Assinatura Paciente ou Responsável:

93 - Assinatura Paciente ou Responsável:

94 - Assinatura Paciente ou Responsável:

95 - Assinatura Paciente ou Responsável:

96 - Assinatura Paciente ou Responsável:

97 - Assinatura Paciente ou Responsável:

98 - Assinatura Paciente ou Responsável:

99 - Assinatura Paciente ou Responsável:

100 - Assinatura Paciente ou Responsável:

ilene Araújo dos Santos Gomes

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES** (Prontuário: 432129)
Endereço: RUA LUCRECIO DANTAS Nº 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 22/06/1984 Idade: 32a:7m:1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589262
Requisição: 710004 Solicitação: 05/01/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 885340 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 05/01/2017

OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no úmero proximal.
- Partes moles sem particularidades.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/01/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável


Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70091
SAME-HUT
Confere com Original
06 JUN 2017





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES** (Prontuário: 432129)
Endereço: RUA LUCRECIO DANTAS N° 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 22/06/1984 Idade: 32a.7m:1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589262
Requisição: 710004 Solicitação: 05/01/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 885341 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 05/01/2017

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/01/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF. 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável

Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70891
SAME-HUT
Confere com Original
06 JUN 2017





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1020 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES** (Prontuário: 432129)
 Endereço: RUA LUCRECIO DANTAS N° 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 22/06/1984 Idade 32a:7m:1d Sexo Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589262
 Requisição: 710004 Solicitação: 05/01/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 890571 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 05/01/2017

COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisários sem alterações.

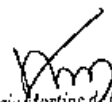
CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/01/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
 Profissional Responsável


 Nemésio Martins de Castro Neto
 Matrícula: 70991
 SAME-HUT
 Confere com Original

06 JUN 2017





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES** (Prontuário: 432129)
Endereço: **RUA LUCRECIO DANTAS Nº 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64069-990**
Nascimento: **22/06/1984** Idade: **32a:7m:14d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **589262**
Requisição: **710006** Solicitação: **05/01/2017** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: **885342** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 05/01/2017

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

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

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/01/2017

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável


Nereida Scarting de Castro Neto
Matrícula: 70691
SAME-HUT
Confere com Original

06 JUN 2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/07/2020 10:29:13

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073110291219300000010499888>

Número do documento: 20073110291219300000010499888

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNPJ: 05.522.911/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES** (Prontuário: 432129)
Endereço: RUA LUCRECIO DANTAS Nº 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 22/06/1984 Idade: 32a:7m:14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589262
Requisição: 710020 Solicitação: 05/01/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 885356 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 05/01/2017

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/01/2017

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

06 JUN 2017


Nereide Martins de Castro Neto
Matrícula: 70891
SAME-HUT
Confere com Original



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4812

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES** (Prontuário: 432129)
Endereço: RUA LUCRECIO DANTAS N° 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 22/06/1984 Idade: 32a:7m:2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589262
Requisição: 710028 Solicitação: 05/01/2017 Solicitante: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO
Controle: 885365 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 05/01/2017

QUADRIL

O estudo radiológico do quadril foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/01/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável


Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70891
SAME-HUT
Confere com Original

06 JUN 2017



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO SÉRGIO FERREIRA GOMES** (Prontuário: 432129)
Endereço: RUA LUCRECIO DANTAS Nº 29 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 22/05/1984 Idade: 32a:7m:15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589262
Requisição: 710031 Solicitação: 05/01/2017 Solicitante: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO
Controle: 885371 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 05/01/2017

T.C. DE QUADRIL

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais dos quadris de 10 mm de espessura com intervalo de 10 mm.

RELATÓRIO:

- FRATURA COMINUTIVA DAS PAREDES POSTERIOR E INFERIOR DO ACETÁBULO ESQUERDO.
- ARTICULAÇÕES COXO-FEMURAIS E SACRO-ÍLIACAS COM SUPERFÍCIE E ESPAÇO ARTICULAR PRESERVADOS.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LESÕES EXPANSIVAS OU OSTEONECROSE.

(JORGEL AUGUSTO)

TERESINA - PI 06/01/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

06 JUN 2017


Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70691
SAME-HUT
Confere com Original



Paciente : PAULO SERGIO FERREIRA GOMES
Médico :
Convênio : PLANO ECONOMICO

Registro : 000049
Idade : 32A e 7M
Data : 15/02/2017
DiagMed
Teresina

RX DIGITAL DO OMBRO ESQUERDO (2 INC)

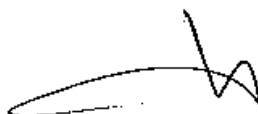
RELATÓRIO

- Fratura completa, transversa, alinhada, em consolidação, localizada no colo cirúrgico do úmero.
- Interlinhas e espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações.
- Haste e parafuso metálico para fixação interna no úmero proximal.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1. Status pós-cirúrgico.
2. Fratura completa, transversa, alinhada, em consolidação, localizada no colo cirúrgico do úmero.

06 JUN 2017



Dr. Cesar Hamilton A. Soriano
CRM-PI 2835 Radiologista- Membro titular CBR e SPR

Rua Taumaturgo de Azevedo, 2112 - Centro/Sul - Teresina-PI Cep: 64001-340 • Fones: (86) 3221-5378 / 3217-8368 • email: diagmedteresina@yahoo.com.br



Paciente : PAULO SERGIO FERREIRA GOMES
Médico :
Convênio : PLANO ECONOMICO

Registro : 005729
Idade : 32A e 7M
Data : 15/02/2017
DiagMed
Teresina

RX DIGITAL DO COTOVELO ESQUERDO (2 INC)

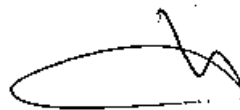
RELATÓRIO

- Fratura completa, em consolidação, alinhada, localizada na topografia do olécrano.
- Interlinhas e espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações.
- Pinos e fios metálicos para fixação interna no olecrano.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1. Status pós-cirúrgicos.
2. Fratura completa, em consolidação, alinhada, localizada na topografia do olécrano.

06 JUN 2017



Dr. Cesar Hamilton A. Soriano
CRM-PI 2835 Radiologista- Membro titular CBR e SPR

Rua Taumaturgo de Azevedo, 2112 - Centro/Sul • Teresina-PI Cep: 64001-340 • Fones: (86) 3221-5378 / 3217-8368 • email: diagmedteresina@yahoo.com.br



204
944
Y
Y

AL
Ci III
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SUS

33

Paulo Sergio Ferreira Gomes

D. Wilson Rodrigues

PRONTUÁRIO MÉDICO

247811

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
TOMOGRAFIA COMPUTADORA
EXAME TC DE QU

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Paciente Admitido na Clínica Ortopédica
Ent. Leito
Lena Maria Andrade Silva
Matrícula: 010665-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

	Sim	Não
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

Dr. Cláudio M. L. B. Vitorino
CRM: 10794 / CPF: 150.329.903-10

06 JUN 2017

MOD. 01 - HGV





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

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



011 84330-6 CADASTRADO

ORTOP-2381261

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL:

HGU

ORTOPEDIA

CONTATO FEITO COM:

CONFIRMADO A VAGA:

SIM (X) NÃO ()

2017 0109 14452

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:

Paulo Sérgio Ferreira

IDADE:

32

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO:

RESPONSÁVEL:

CN- 22106184

RGV/SERVIÇO SOCIAL

Autorizo abertura de prontuário

Teresina, 13, 01, 17

SUS- 701.800.212.505.179

I - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO ()

CIRÚRGICO (X)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

C 110 5324

BEG

S32.4

04/08/04/02/89

EXAMES REALIZADOS:

Rx, hemograma

DIAGNÓSTICO:

Fruq. acetabulig

Autorizo Transferência

Para:

Data:

13/01/17

TRATAMENTO REALIZADO:

Imobilização

Ass. e carimbo do médico
CRM - 5401 MA
06 JUN 2017

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Acidente

Dr. Cassia M. L. B. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA/ HGU
CRN: 0294 / CFE: 150.329.903-10

DATA:

09, 01, 17

MOD-04 - HUT

Ass. e carimbo do médico

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 14/01/17
Edna Maria de Jesus Silva
Matrícula: 012345-9
CRM: 123456-7
CRESS 123456-7



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/07/2020 10:29:13

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073110291219300000010499888

Número do documento: 20073110291219300000010499888

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

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

Atendimento:
247811

Prontuário: 201941 **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES**

Endereço: LUCRECIO DANTAS AVELINO

720 AGUA MINERAL

Cidade: TERESINA

UF:PI CEP: 64007-500

Sexo: M DT. Naso: 22/06/1984 Idade: 32 Anos 6 Meses 22 Dias Estado Civil: C Profissão: OUTROS

Cadastro: 13/01/2017 Telefone: 86 3214.2170 Cartão SUS: 701800212505179 CPF: 00743583329

Pai: JOAO FERREIRA GOMES

Mãe: MARIA DO CARMO RODRIGUES GOMES

Cônjuge:

Responsável: MARLENE ARAUJO DOS SANTOS

Endereço: LUCRECIO AVELINO

720 AGUA MINERAL

Cidade: 2975

UF:PI CEP: 64007-500

[Assinatura]
Funcionário do SAME

Queixa Principal:

H.D.A.

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

[Assinatura]
Dr. Cassio M. L. B. Viana
DIRETOR ADM. FINANCEIRA / HGV
CRM: 0794 / CPF: 150.329.903-10

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

06 JUN 2017

Data / Hora:

Ass: Médico Assistente/Auxiliar/Residente

CONFERE COM ORIGINAL
Em 14/06/2017
Edna Maria de Oliveira Silva
Matrícula: 000065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERVENÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executor:
HOSPITAL GETULIO VARGAS

AIH : 221710002642-1
UNI : HGV

PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

P.LINHA: 01/07/2017

PROCED.: 0408040289 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LUXACAO COXOFEMORAL
OP.SIST.: LUPINHA
CID : S324

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

NASCIMENTO
23/05/1984

Atendimento

247811

Identificação do Paciente

5 - Nome: **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES** 6 - Prontuário: **201941**

7 - CNS: **701800212505179** 8 - Nascimento: **22/06/1984 02:00** 9 - Sexo: **M** CPF: **007.435.833-29**

11 - Mãe: **MARIA DO CARMO RODRIGUES GOMES** 12 - Fone: **86-3.2142170 / 89442199**

13 - Resp: **MARLENE ARAUJO DOS SANTOS** 14 - Cor: **PARDAS**

15 - Ender: **LUCRECIO DANTAS AVELINO 720 AGUA MINERAL 19 - CEP: 64007-500**

16 - Munic: **TERESINA** 17 - Cod. IBGE: **221100** 18 - UF: **PI** RG: **21694-56**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente com fratura de acetábulo derivada necessitada de fixação

21 - Condições que justificam a internação:

Anamnese + exame físico

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Radiografia

Dr. Cassia M. L. B. Vilarinho
DIRETORA ADJ. FINANCEIRA / HGV
CRM: 0794 / CPF: 150.329.903-0

23 - Diagnóstico Inicial: 24 - Cid Princ.: **S324** 25 - Cid Sec.: 26 - Cid C.Ass.:

FRATURA DO ACETABULO

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:
0408040289 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LUXACAO COXOFEMORAL C/ FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL

29 - Clínica: **CL. GINECOLOGICA** 30 - Carat.: **02** Ident.: **1** 31 - Documento: **CPF 18400817320**

33 - Nome Profissional / Assistente
JOSE WILSON RODRIGUES

34 - Data de Solicitação:
13/01/2017

Dr. Neomar Soares da Silva
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM: 04237 / CRM-MA 8603
TEO: 34742

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito. 39 - CNPJ Seguradora: 42 - N.º Bilhete. 41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico. 43 - CNPJ Empresa: 43 - CNAE Empresa. 44 - CBQR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador 47 - Data Autorização:

48 - Documento 49 - Num. Documento

Dr. Tony de Castro Leite
CONSELHEIRO DE AUDITORIA - DRC/ANISM
CRM: 15592 - CPF: 274.071.093-49
SUS: 0408040289

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Marielene Araújo dos Santos Gomes

Usuário: **JOSINA LOPES**
Conexão Local:
Conexão SUS:
Impressão: **17:40:55**

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, *[Assinatura]*
Edna I. Silva



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/07/2020 10:29:13

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073110291219300000010499888

Número do documento: 20073110291219300000010499888



Nº. de Autorização de Internação Hospitalar (A-I)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
HOSPITAL GETULIO VARGAS	2726971	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	247811
HOSPITAL GETULIO VARGAS	2726971	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	PAULO SERGIO FERREIRA GOMES	6 - Prontuário:	201941
7 - CNS:	701800212505179	8 - Nascimento:	22/06/1984 02:00
9 - Sexo:	M	CPF:	007.435.833-29
11 - Mãe:	MARIA DO CARMO RODRIGUES GOMES	12 - Fone:	86-3.2142170 / 99442199
13 - Resp:	MARLENE ARAUJO DOS SANTOS	14 - Cor:	PARDA
15 - Ender:	LUCRECIO DANTAS AVELINO 720	AGUA MINERAL 19 - CEP:	64007-500
16 - Muníc:	TERESINA	17 - Cod. IBGE:	221100
		18 - UF:	PI
		RG:	21604-56

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:	 Dr. Cássia M. L. B. Vilarinho DIRETORA ADM. FINANCEIRA / RGV CRN: 07947 CPF: 150.329.003-10
21 - Condições que justificam a Internação:	
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)	
23 - Diagnóstico Inicial:	24 - Cid Princ.: S324
FRATURA DO ACETABULO	25 - Cid Sec.: 26 - Cid C.Ass.:

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced.	27 - Procedimento Solicitado:	Tempo SUS
0408040289	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL O/ FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL	8
29 - Clínica:	30 - Caráter:	Ident.: 31 - Documento:
CL. GINECOLOGICA	02	1
	CPF:	32 Doc. Med. Solic.:
	18400817320	
33 - Nome Profissional / Assistente	34 - Data de Solicitação:	35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante
JOSE WILSON RODRIGUES	13/01/2017	

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

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

Autorização

48 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização.	50 - Ass. Carimb. RG Conselho:
48 - Documento	49 - Num. Documento	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Assinatura: MARLENE ARAUJO DOS SANTOS GOMES	Usoário: JOSIMA LOPES Consulta Local: Consulta SUS: Impressão: 17/01/2017
---	--

HOSPITAL GETULIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em, 14/01/2017
Edna Maria de Souza Silva

Matrícula: 019065-9

CPF: 075.050.303-97

CÓPIA DE PRONTUÁRIO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/07/2020 10:29:13

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073110291219300000010499888

Número do documento: 20073110291219300000010499888

HOSPITAL GETULIO VARGA
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em 14/06/2017
 Edna Maria Andrade Silva
 Matrícula: 019055-9
 CPF: 275.080.303-97
 CÓPIA DE PRONTUÁRIO

MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SERINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	ml	frasco	03	AGULHA DE RAQUE N°	unid
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	ml	frasco		AGULHA PERIDURAL N°	unid
SORO GLUCOSADO 50%	ml	frasco		AGULHA 25X7	unid
RINGER LACTATO	ml	frasco		AGULHA 30X7	unid
ÁGUA DESTILADA	un	frasco		AGULHA 40X12	unid
ÁGUA PARA INJEÇÃO 1:1	amp			AGULHA DE INSULINA	unid
MANITOL 3% 200ml	frasco			SCALP N°	unid
FORMOL	ml			JELCO N°	unid
ÁGUA OXIGENADA	ml			SERINGA DE 60 ml	unid
ALCOOL 70%	ml			SERINGA DE 20 ml	unid
PVP DEGERMANTE	ml			SERINGA DE 10 ml	unid
PVP TÓPICO	ml	40		SERINGA DE 5 ml	unid
CLOREXIDINA	ml			SERINGA DE 3 ml	unid
BSS 500 ml	frasco			SERINGA DE 1 ml	unid
VOLUVEN 6% 500ml	frasco				
			DRENOS		
				DRENO DE PENROSE N°	unid
				DRENO DE SUÇÃO N°	unid
				DRENO DE TORAX N°	unid
				DRENO DE KHER	unid
MATERIAL DE PLÁSTICO			OUTROS MATERIAIS		
CON N°	unid			LAMINA DE BISTURI N° 24	unid
NYLON N°	unid			LAMINA DE BISTURI N°	unid
CATEGUT SIMPLES N°	unid			GAZES	pacote
CATEGUT CROMADO N°	unid			ESPARADRAPO	qm
CATEGUT CROMADO N°	unid			MICROPORÉ	qm
ALGODÃO COM AGULHA N°	unid			COMPRESSAS	unid
ALGODÃO SEM AGULHA N°	unid			ALGODÃO	bola
VYCRIL N°	unid			EQUIPO MACROGOTAS	unid
VYCRIL N°	unid			EQUIPO	unid
PROLENE N°	unid			EQUIPO PARA SANGUE	unid
PROLENE N°	unid			TORNEIRINHA	unid
MONOCRYL N°	unid			POLIFIX	unid
PDS N°	unid			TRANSOFIX	unid
	unid			IRRIGOPLAS	unid
	unid			ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	unid
	unid			CATETER DUPLO JOIA	unid
	unid			CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	unid
PROCEDIMENTO				TUBO OROTRAQUEAL N°	unid
ESTÉRIL N°	par	40		FILTRO BACTERIOLÓGICO P/TOT	unid
ESTÉRIL N°	par			CAPA PARA VIDEO	unid
ESTÉRIL N°	par			CAPA PARA MICROSCÓPIO	unid
ESTÉRIL N°	par			LENTE INTRAOCULAR N°	unid
	par				
SONDAGEM					
SONDA URETRAL N°	unid				
SONDA DE FOLEY 2 Vias N°	unid				
SONDA DE FOLEY 3 Vias N°	unid				
SONDA NASOGÁSTRICA N°	unid				
SONDA NASOENTERAL N°	unid				
COLETOR DE URINA FECHADO	unid				
COLETOR DE URINA ABERTO	unid				
XYLOCAÍNA GELEIA 2%	tubo				
SONDA RETAL N°	unid				
VASELINA	tubo				

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

Dr. Ednan M. Coutinho
 Instrumentadora

Ednan M. Coutinho
 Circulante - COREN

Hora: _____

Instrumentadora COREN

8-6 JUN 2017



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, Edna Maria Almeida Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.020.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

DATA: 18/01/17 HORA: _____

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO QUAL? _____
PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: () SIM () NÃO QUAL? _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: _____

Dr. Cassiano de L. B. Vilhiano
Cirurgião/ADULTO/GERIATRIA/ACV
CRM: 07941 CM 150629903-10

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: _____

INSTRUMENTADORA: _____

AUXILIARES: 1º _____ 2º _____

CIRURGIA: _____

CIRURGIA: _____

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

NOME: Paulo Sérgio Loureiro Gomes DATA DE NASC: 22/06/84

CLÍNICA: _____

LEIT: 330-6

PRONTUÁRIO: 904941

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

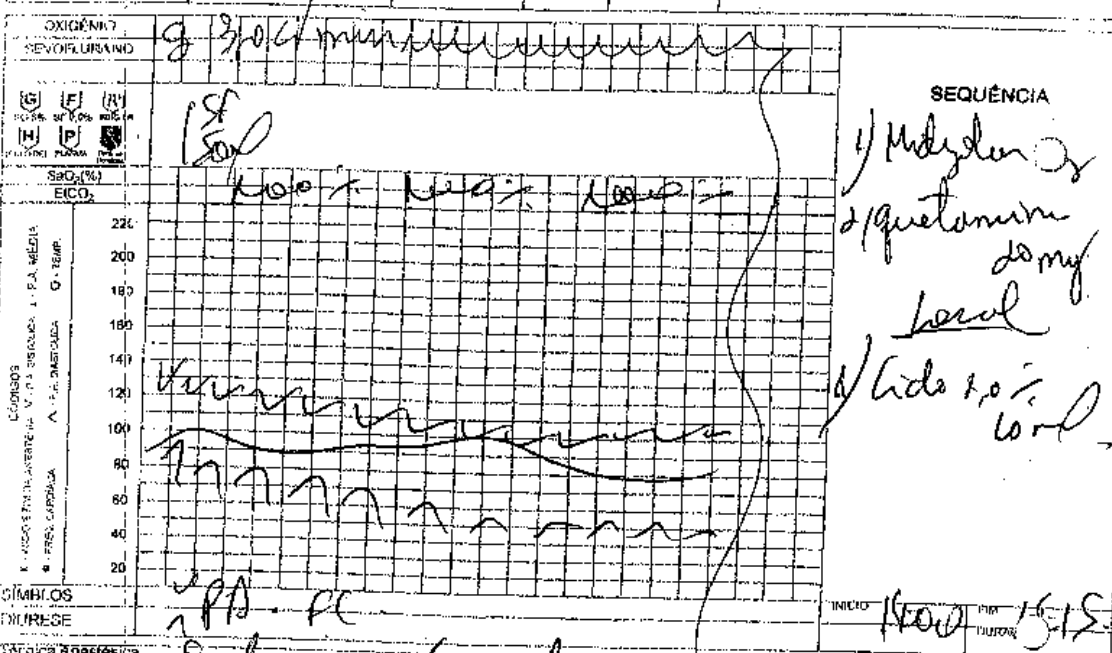




SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
BOLETIM DE ANESTESIA

DATA 18.01.17
PROF. 201945

PACIENTE Paulo Sérgio Ferreira Gomes
PROCEDIMENTO Retirada de material sinte
DATA DE NASC. 22/06/84
IDADE 32
PESO 70
SEXO M
RESPIRAÇÃO 12
TEMPERATURA 36,5
PESO 70
ALTURA 1,70
OUTROS 12
ESTADO FÍSICO ASA II
HEMATOCRITO
GLICEMIA
UREIA
CREATININA



Técnica Anestésica Sedação + Local
Observações
GASES
Oxigênio
Ar Medicinal

MEDICAMENTOS UTILIZADOS											
Atropina		Amp	Dopamina		Amp	Neostigmina		Amp	Remifentanil		Fras
Adrenalina		Amp	Domonid		Amp	Nipride		Amp	Remifentanil		Amp
Água dest. 10ml		Amp	Eforil		Amp	Noradrenalina		Amp	Ringer-Lactado		Fras
Ciclo 500mg		Fras	Efedrina		Amp	Neocaina 0,5%		Amp	Sufentanil		Amp
Cefazolina 1g		Amp	Fentanil (pr. uso)		Amp	Neocaina 0,5% bistur		Amp	S. Fisiológico 0,8%		Fras
Clonidina		Amp	Fentanil (dose)		Fras	Omeprazol		Fras	S. Glicosado 5%		Fras
Coltide ()		Fras	Sevoflurano		MB	Pancuronio 10		Amp	Treacum		Amp
Dexametasona		Amp	Hidrocodona		Fras	Profenid		Amp	Transamin		Amp
Diazepam		Amp	Isotufano		MB	Propofol		Fras	Novabup 0,5 v		Fras
Dimorf		Amp	Manitol		Fras	Protamina		Amp	Lidocaína 2% v		Fras
Dipirona		Amp	Metronidazol		Fras	Enelicit		Fras			
Dotulamina		Amp	Narcan		Fras	Quetamina		Fras			

Dr. Cassia M. L. B. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA / RGV
CPF: 022417 CPF: 198.329.903-10

CONFERE COM ORIGINAL
Em, 14/01/17
Edna Maria Andrade Silva
Médica: 019065-9
CPF: 125.080.303-97
CASA DE PRODUÇÃO

091426Z
CRAMP 11
CRAMP 11
CRAMP 11

PACIENTE:		DATA:		CIRURGIA REALIZADA:		TIPO DE ANESTESIA:		SINAIS VITAIS		P.A.		F.C. / PULSO		TEMPERATURA		OXIMETRIA	
ADMISSÃO		15		30		45		60		SAÍDA							
HORÁRIOS																	
LEITO DE RECUPERAÇÃO																	
[HISTÓRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A.]																	
ALERGIA A:																	

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

MOD. 90 - 14614



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 14/07/2017
Edna Maria Antunes Silva
Matrícula: 028065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

330-06
FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

NOME: Paula Sérgio Ferreira Gomes SEXO ☐ M ☐ F Idade: 49a. Data Nasc.: 1/7/17
Cirurgia Proposta: px. entre cotovelo / acromioclavicular
Cirurgião: Dr. Sérgio Ferreira Gomes

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

Asa 1
SISTEMA CARDIOVASCULAR ☐ HAS ☐ Palpitação ☐ Edema MMH ☐ Dor precordial ☐ Marcapasso ☐ Varizes
SISTEMA RESPIRATÓRIO ☐ Dispneia ☐ Tosse ☐ Asma ☐ Cianose ☐ Hemoptise ☐ Apnéia
SISTEMA DIGESTIVO ☐ Dor epigástrica ☐ Gastrite ☐ Refluxo ☐ Hepatite ☐ Cirrose
SISTEMA UROGENITAL ☐ Disúria ☐ Poliúria ☐ Dor lombar ☐ DUM (mulher)
SISTEMA ENDÓCRINO ☐ Diabetes ☐ Doenças da tireoide ☐ Transfusão sanguínea
SISTEMA HEMATOLOGICO ☐ Anemia ☐ Sangramentos ☐ Transfusão sanguínea
SISTEMA IMUNOLÓGICO ☐ Alergias ☐ Herpes ☐ Patol. coluna ☐ Déficit locomoção
SISTEMA LOCOMOTOR ☐ Fraq. muscular ☐ Dor articular ☐ Cefaléia ☐ Parestasias
SISTEMA NEUROLÓGICO ☐ Convulsão ☐ Desmaio

OBS:
Medicamentos em Uso: Reflexin 675mg, clonazepam 1x1q

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

Cirurgias / Anestésias anteriores: cir. oftalmológica (2011) / otorinolaring (2016)
Intercorrências:
Hemotransfusão:
Antecedentes Familiares:
☐ Tabagismo ☐ Etilismo ☐ Uso de Tóxicos ☐ Alergias: não

EXAME FÍSICO

Estado Físico: EG: BGG Peso: 68kg Altura: 1,30m PA: 130/70 FC: 89
Avaliação via aérea: Mallampati Mobilidade pescoço: Dentes: Limitação ATM:
Distância esterno/mento: < 12,5cm ☐ > 12,5cm ☐ Coluna Vertebral:
SCV:
SR:
Outros:

RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS:

HT: 134/01/17
ionograma (K): 3,2 HB (g%): 13,1 Plaquetas (mm3): 349000 TTPa: TP: INR:
Glicemia: 82,60 Na: Ca: K: Outros:
RX do Tórax: Uréia: Creatinina: 1,1 coagulo 14 JUN 2017
ECG:

Risco Cirúrgico:

Parecer Cardiológico:

Outros Exames:

Dr. Cassiano B. Vilalva
DIRETORIA DE FISIOTERAPIA / HGV
CRNE 0094 / CPF: 150.329.903-18

CONDUTA:

Liberado: ☒ SIM ☐ NÃO

Observação:

ORIENTAÇÃO:

Jejum: 8h

Medicação:

Cuidados:

Anestesia Proposta: Suspender clonazepam 12h antes de cirurgia
Desaquecimento de peso / geral - avaliação no pré

Data consulta: 17/07/17

Hora:

Assinatura Médico / CRM / Carimbo:

MOD. 95-HGV





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

11078211-9
09 JUN 2017

Paciente: Rube Aguiar Figueira Romão

DATA DE NASCIMENTO: 22.06.84 Prontuário: 201941

Data: 18.01.17

CHEQUEM ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

CHEQUEM ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

CHEQUEM ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

Identificação (SIGN-IN)

Responsáveis: Cirurgião (C), Auxiliar, Anestesiologista (A), Enfermeiro (E), Instrumentador (I), Insuficiente do local (G), Circulante (G)

Confirmações (TIME-OUT)

Registros (CHECK-OUT)

Confirmar com o paciente:

Identidade (nome e data de nascimento): ☒ Sim () Não

Jejum? ☒ Sim - Quantas horas? 12 () Não

Procedimento programado

Sítio demarcado ☒ Sim () Não se aplica

Usar dispositivo médico? ☒ Sim () Não

Está na sala e conferido?

Consentimentos informados, preenchidos e assinados: OK

Para a anestesia ☒ Sim () Não

Para a cirurgia ☒ Sim () Não

Exames de imagens essenciais estão disponíveis?

☒ Sim () Não se aplica Prontuário

Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário):

☒ Sim () Não

Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis na sala?

☒ Sim () Não

Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando?

☒ Sim () Não

O paciente possui alergia?

☒ Sim ☒ Não

Quais?

O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração?

☒ Sim ☒ Não

Equipamentos para assistência disponíveis? ☒ Sim () Não

O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (criança > 7 ml/kg)? ☒ Sim ☒ Não

Tem acesso endovenoso adequado? ☒ Sim () Não

Tem reserva de sangue () Sim ☒ Não

Cirurgião

Anestesiologista

Instrumentador (a)

Enfermeira (a)

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

Dados do Paciente		
Nome: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES		
Prontuário: 201941	Nascimento: 22/06/1984	Estado Civil: Casado
Cartão SUS: 701800212505179		

Observação: Caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo.

Representante / Responsável Legal	
Nome: MARLENE ARAUJO DOS SANTOS	
Estado Civil: Casado	CPF: 66309697315
Parentesco: ESPOSO (A)	

Eu, _____
(paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença _____
devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. Doença angiolipíoma
2. Nódulo
3. vascular
4. Arterio
5. Idioma

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), 13/01/2017

Dr. Themistocles Ramos
CRM-2798-TEOT-8374
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Assinatura do Médico Responsável - CRM

Dr. Cassio M. L. B. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA/ HGV
CRM: 0794 / CPF: 450.329.903-10

06 JUN 2017

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

CONFERE COM ORIGINAL
Em: 14/06/17
Edna Maria de Vasca Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

ANESTESIA

330-06

DADOS DO PACIENTE

Nome: Paulo Sérgio F. Gomes
Prontuário: _____ Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____
Cartão do SUS: _____

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

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____
Estado Civil: _____ Nascimento: ____/____/____ RG/CPF: _____
Parentesco: _____ Residente em: _____

Eu, _____
responsável pelo paciente acima citado, que é portador da doença _____

deverão ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____

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

1. hipertensão / arritmia
2. recepo de sangue
3. parada cardíaca respiratória
4. óbito

Dr. Cassia M. L. B. Viçentino
DIRETORA DE FINANÇAS / RGV
CRM: 0194 / CEP: 180.329.903-19

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Responsabilidade está em conformidade com a Lei 8.078/90 pelo Código de Ética Médica nos seus artigos 48 e 80.

Teresina (PI), 17 de 01 de 2017

Paulo Sérgio F. Gomes
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Assinatura do Médico Responsável - CRM

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

06 JUN 2017

CÓPIA DE PRONTUÁRIO ORIGINAL

Edna Rosa de Almeida Silva

Matrícula: 082085-9

CPF: 278.088.568-97

CÓPIA DE PRONTUÁRIO





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

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
CHECK LIST - CIRURGIA SEGURA PARA O PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO

(Realizar antes do paciente ir para o CC)

NOME: Paulo Sérgio Ferreira Gomes DN: 22/06/84

CLÍNICA: Rijungia II DATA: 18/01/17 HORÁRIO: 11:40

Nº	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira – nome completo e data do nascimento)	✓
2	Conferir se o paciente encontra-se com a marcação cirúrgica da lateralidade	✓
3	Confirmar com o Centro cirúrgico se o paciente será operado	✓
4	Conferir se os termos de consentimento da anestesia estão preenchidos e assinados	✓
	Conferir se o termo de consentimento da cirurgia encontra-se assinado	✓
6	Conferir se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga	✓
7	Verificar a retirada de adornos, prótese dentária, esmalte nas unhas	✓
8	Orientar a retirada de roupa íntima	✓
9	Preparar o paciente com a vestimenta apropriada (camisola, gorro e pró-pés)	✓
10	Conferir o jejum	✓
11	Verificar se o paciente tem alergia e registrar no prontuário	✓
12	Identificar junto ao paciente e prontuário o procedimento a ser realizado, exames pré-operatórios e parecer cardiológico	✓
13	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluir a dor)	✓
14	Fazer o registro de enfermagem do encaminhamento ao CC no prontuário	✓
15	Solicitar o macaqueiro para o transporte e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico de maca ou cadeira de rodas, acompanhado pelo técnico de enfermagem obrigatoriamente	✓

OBS: DEVERÁ SER VERIFICADO E CHECADO (✓) CADA ITEM

*a assinatura deve ser feita pelo profissional que preencheu.

ASSINATURA DA (O) ENFERMEIRA (O) E
CARIMBO

ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILAR DE
ENFERMAGEM E CARIMBO

Paulo Sérgio Ferreira Gomes

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

06 JUN 2017

Dr. Cassia M. L. R. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA / RGV
CRN: 0794 / CPF: 150.329.903-10

146

146

CÓPIA

SINAL

Silva

9

97



e) CABEÇA
 Couro cabeludo: ☒ Sem anormalidades () Ferimento () Hematoma Alterações: _____
 Face: ☒ Simétrica () Assimétrica () Ferimento () Hematomas
 Nariz: ☒ Simétrico () Assimétrico () Sem anormalidades () Secreção () Lesão () Epislaxe
 Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () Reativa () Areativas () Mióticas () Midríáticas
 () Puniformes () Médias
 Olhos: ☒ Normal () Hemorragia () Icterícia de esclerótica () Baixa acuidade visual () Lentes corretivas
 () Processo inflamatório/infeccioso
 Ovidos: ☒ Normal () Otorrágia () Lesão Outros: _____
 Boca: ☒ Sem anormalidades () Cáries () Falhas dentárias () Prótese () Lesão

f) SISTEMA RESPIRATÓRIO
 Padrão: ☒ Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispneico
 () Tiragem intercostal () Traqueostomizado () TOT () VM
 () Macronebulização () O2 sob cateter nasal () O2 venturi
 Ausculta: Murmúrio vesicular () Presente () Diminuído () Ausente
 Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores () Tosse
 Tipo: _____
 Alterações: _____

g) SISTEMA CARDIOVASCULAR
 Perfusão Periférica: ☒ Normal () Diminuída () Cianose Outros: _____
 Ausculta cardíaca: ☒ Normal () Bradicardia () Taquicardia Ritmo: ☒ Regular () Irregular
 Acesso Venoso: ☒ Sim () Não Qual: AVP em MSD normalizado
 Faz uso de marcápasso: () Sim ☒ Não Há quanto tempo: _____

h) SISTEMA GASTROINTESTINAL
 Abdomen: ☒ Flácido () Tenso () Plano () Globoso () Simétrico () Assimétrico () Escavado () Distendido
 () Timpânico () Doloroso
 Ruidos Hidroaéreos: ☒ Ausente () Presente, tipo: () Hiperativos () Hipoativos
 Estomias: () Não () Sim Qual: _____
 Tipo de Dieta: () Enteral () Parenteral Vias: ☒ Oral () SNG () SOG () SNE () Jejunostomia () Gastrostomia
 Acaitação da dieta: ☒ Sim () Não () Parcialmente
 Eliminações Intestinais: ☒ Normal () Constipação () Diarréia () Melena () Enterorragia () Obsipação

i) MUSCULO ESQUELÉTICO
 Deambulação: () Sem auxílio () Com auxílio, Qual dispositivo? () Muleta () Andador
 Utiliza prótese/órtese? ☒ Não () Sim Tipo: _____
 Sensibilidade: ☒ Não () Sim Tipo: () Parestesia Qual lateralidade? _____
 Déficit motor: () Não ☒ Sim Tipo: () Hemiplegia () Hemiparesia () Direito
 () Esquerdo () Tetraplegia () Paraplegia
 Tonicidade: () Rígido () Flácido () Direito () Esquerdo
 Imobilização: () Não ☒ Sim Lateralidade? M.E
 Movimenta os quatro membros: ☒ Sim () Não Risco de queda: () Sim ☒ Não

j) SISTEMA Tegumentar
 Pele: ☒ Integra () Desnutrida () Hidratada () Desidratada () Normocorada () Hipocorada () Icterícia () Edema
 () Lesionada Local: _____ Escala de Braden: Risco moderado Risco de pele:
 lesão por pressão: () Sim ☒ Não Classificação: 1 () 2 () 3 () 4 () Inclassificável () 47

k) APARELHO GENITOURINÁRIO
 Urinário: ☒ Espontânea () Incontinência () Retenção Urinária () Fralda
 Dispositivo Urinário: ☒ Não () Sim Tipo: () Sonda de alívio () Sonda de Foley () Cistostomia
 Alterações: () Ardência () Leucorréia () Prurido () Disúria () Oligúria () Polúria () Anúria () Hematúria

l) PADRÃO DE SONO: () Bom ☒ Regular () Ruim () Insônia () Uso de sedativo-calmanantes: () Não () Sim

ACIONAR O
FISIOTERPEUTA
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR TIRAGEM
INTERCOSTAL

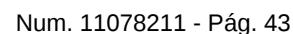
ACIONAR O
FISIOTERPEUTA
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR PARESIA
E/OU HEMIPARESIA

Dr. Cassia M. L. B. Vilarinho
 DIRETOR(A) ADM. FINANCEIRA/ HGV
 CRN: 0724 / CFP: 158-329.903-10

HOSPITAL GETULIO VARGA
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em 06 JUL 2017
 Edna Maria de Silva
 Matrícula: 012365-9
 CPF: 275.080.303-97
 CÓPIA DE PRONTUÁRIO



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



330-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
AValiação do Risco de Quedas

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME: <u>Paulo Sérgio Ferraz</u>				
DATA DE NASCIMENTO: <u>20/06/84</u>		IDADE: <u>32</u>		
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>05/04/17</u>				
FATORES PREDISPOANTES (Marque com um "X")	AValiação DATA	AValiação DATA	AValiação DATA	AValiação DATA
Criança ≤ 5 anos				
Idosos ≥ 65 anos, sem acompanhante				
Uso de medicações que altera o SNC (exemplos: midazolam, bromazepam, diazepam, fenobarbital, morfina, nalbupina, carbamazepina, dextrofeniramina, fenitoína, clorpromazina, isoflurano, halotano, thiopental, propofol). Outros:				
Uso de diuréticos/laxantes (urgência urinária/intestinal)				
Distúrbios neurológicos				
Dificuldades de marcha				
Déficit sensitivo (visão, audição, tato)				
Alteração do nível de consciência				
Indicação de repouso no leito				
3º GRAU DO RISCO DE QUEDAS (Marque com um "X")	AValiação DATA	AValiação DATA	AValiação DATA	AValiação DATA
Alto risco (vide verso)				
Baixo risco (vide verso)	X			
4ª MEDIDAS PREVENTIVAS				
Não deixar o ambiente totalmente escuro*	X			
Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes*				
Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura*				
Orientar para que toda saída do leito deve ser orientada pela enfermagem.				
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devem ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta				
Mantiver as grades da cama elevadas durante todo o período				
Mantiver a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito				
Orientar necessidade de acompanhante	X			
Mantiver ao alcance do pacientes pertences e objetos mais utilizados				
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante				
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições				
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com o enfermeiro	X			
Declaro que recebi o folder de orientação para Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar na primeira avaliação e que estou ciente do risco de queda avaliado, bem como entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.				
AValiação	PACIENTE/ACOMPANHANTE (Assinatura)		ENFERMEIRO (Assinatura)	
1ª	X <u>Paulo Sérgio Ferraz</u>		<u>[Assinatura]</u>	
2ª				
3ª				
4ª				

Dr. Cassio M. B. Vilela
DIRETOR ADJ. ADMINISTRATIVO
CRM 07941-CE, R. 50.329.903-10

06 JUN 2017

* Medidas preventivas adotadas para pacientes com Baixo Risco de Quedas
** As Avaliações posteriores deverão ser realizadas a cada 72 horas ou qualquer intercorrência que ocorra com o paciente.

CONFERE COM ORIGINAL
Em, [Assinatura]
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019055-9
CPF: 775.020.302-97

FOLHA DE PRESENTAÇÃO

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019055-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Dr. Cassia M. L. S. Vilarinho
CRM 0704 / CRM 150.829.903.10
Ouro Preto, 10/07/2020

ATENÇÃO: Ver Item 2.

GRUPO DE RISCO DE QUEDAS	
☒ Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores predisponentes. ☒ Indivíduo independente e sem nenhum fator predisponente.	BAIXO
☒ Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos 1 (um) fator predisponente. ☒ Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator predisponente. ☒ Ainda com auxílio ou se locomove em cadeiras de rodas, paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores predisponentes.	ALTO

HOSPITAL GETULIO VARGAS



Avaliação: 06 a 11 pontos = Risco Alto 12 a 17 pontos = Risco Moderado 18 a 20 pontos = Risco Baixo

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCORE
AÇÃO	RESPOSTA	PONTUAÇÃO
Abertura ocular	Espontânea	4
	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons Incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta motora	Obedece comandos	6
	Dor localizada	5
	Reflexo de flexão	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
PONTUAÇÃO: < 3 (probabilidade de morte) 3 a 8 (grava necessidade de intubação) 9 a 12 (moderado) 13 a 15 (leve)		15

4
5
6
15

Dr. Cassia M. L. B. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA / RGV
CRM: 0774 / CPF: 150.829.903-10

06 JUN 2017

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 12/06/2017
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 610065-9
CPF: 275.080.303-07
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



CONFERE COM ORIGINAL
Em, Leandro
Leandro Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 075.080.303-97
CNPJ DE PRODUÇÃO

1. PROBLEMA	2. PROBLEMA EM POTENCIAL	3. PROBLEMA	4. PROBLEMA
1. MUITO POBRE	2. PROVAVELMENTE	3. DEQUADO	4. EXCELENTE
1. TOTALMENTE	2. BASTANTE	3. LEVEMENTE	4. NÃO APRESENTA
1. ACAMADO	2. CONFINADO A CADDEIRA	3. ANDA	4. ANDA FREQUENTEMENTE
1. MUITO MOLHADO	2. MUITO MOLHADO	3. OCASIONALMENTE MOLHADO	4. RARAMENTE MOLHADO
1. LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NENHUMA LIMITAÇÃO

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA
Assinatura (Paciente ou Responsável)

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

VIII - OUTRAS INFORMAÇÕES:

3. Registre os cuidados especiais a serem realizados.

Dr. Cassio M. L. B. Vianna
DIRETORIA ADJ. FINANCEIRA/NGV
CNPJ: 07941/CPF: 150.329.903-10

- () Alimentação
- () Deambulação/Mobilidade
- () Sono e repouso
- () Acompanhante
- () Outros Qual:

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

- () Indígena
- () Adolescente
- () Criança
- () Idosos debilitados
- () Pacientes com distúrbios emocionais ou psicológicos
- () Outro Qual:

VII - PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS:

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

VI - EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:
O paciente apresenta necessidade de Educação multiprofissional () Sim (X) Não
Em que necessidade: () Cirurgia () Pós-alta () Hábitos alimentares/Dietoterapia () Autocuidado/Hábito de vida diária ()
Outro Especifique:
Pessoa a qual deve estar envolvida no processo de Educação multiprofissional: () Paciente () Acompanhante () Familiar.
Realiza algum tratamento especializado: () Sim () Não ()
Qual:

V - CIRURGIAS: Você já realizou alguma cirurgia: () Não (X) Sim
Qual(is):
Qual o ano:

III - SISTEMA REPRODUTOR: () Menarca () Menopausa () Primípara () Multipara (X) Não se aplica

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERENCIA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE CONTROLE INFECÇÃO HOSPITALAR
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

AValiação e intervenções diárias para prevenção e acompanhamento de lesões por pressão - LPP

1. IDENTIFICAÇÃO:
 Paciente: Paulo Sérgio Unidade Assistencial: Un II Leito: 330-6 DN: 22/06/84
 Data de Admissão: 13/01/17
 Data de Admissão na Unidade: 13/01/17 Procedência: LUT

2. AVALIAÇÃO

2.1.1 Admitido neste serviço com LPP: () SIM ☒ NÃO

2.1.2 Localização Anatômica: () I () II () III () IV

2.1.3 Estágio: () I () II () III () IV

2.1.4 Data: / /

2.2 Riscos de nova (s) UPP (s): BASEADO NA ESCALA DE BRADEN () SIM ☒ NÃO

2.3 Surgimento de UPP neste serviço: () SIM ☒ NÃO

2.3.1 Localização Anatômica: () I () II () III () IV

2.3.2 Estágio: () I () II () III () IV

2.3.3 Data: / /

2.4 Condições Nutricionais: ☒ Satisfatória () Não Satisfatória

2.5 Incontinência: () Urinária () Fecal ☒ Ausente

2.6 Avaliação da Dor: ☒ SIM () NÃO

3. APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

DESCRIÇÃO	1	2	3	4	PONTUAÇÃO
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	
ATIVIDADE	Acamado	Confinado a Cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não Apresenta Limitações	
NUTRIÇÃO	Muito Pobre	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente	
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema		
TOTAL:					

3.1 AVALIAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN (INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM):

☒ RISCO BAIXO (15-18 PONTOS) Síntese

Cronograma de mudança de decúbito;

Otimização da mobilização; Proteção do calcanhar;

Manejo da umidade, fricção e cisalhamento; uso de superfícies de redistribuição de pressão.

☒ RISCO MODERADO (13-14 PONTOS) 17 pontos

Continuar as intervenções do Risco Baixo;

Mudança de decúbito com leito a 30°.

() RISCO ALTO (10-12 PONTOS)

Continuar intervenções do Risco Moderado;

Mudança de decúbito frequente.

8-6 JUN 2017

Dr. Cassiano A. B. Vilela
 DIRETOR ADJ. FINANCEIRO
 CRN: 074107-150.329.903-10

4. INTERVENÇÕES PARA PREVENÇÃO DAS LPPs

4.1 Avaliação diária das LPPs existentes: ☒ Sim () Não

4.2 Acompanhamento diário dos riscos de desenvolvimento de LPPs: ☒ SIM

4.3 Inspeção diária da pele: ☒ SIM () NÃO

4.4 Avaliação da umidade da lesão: ☒ SIM () NÃO

4.5 Utilização de cobertura especial: () SIM ☒ NÃO Qual?

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
 Em: 14/06/2017
 Edna Maria Andrade Silva
 Matrícula: 010065-9
 CPF: 150.329.903-10



HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 17/07/2020
Edna Maria de Souza Silva
Matrícula: 013065-9
CPF: 275.080.303-97
Cópia de prontuário

Dr. Cassio M. L. B. Vilalinho
DIRETOR ADJ. ADMINISTRATIVO
CRM: 0794 / CPF: 180.329.903-10

Atividade	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Atividade 1											
Atividade 2											
Atividade 3											
Atividade 4											
Atividade 5											
Atividade 6											
Atividade 7											
Atividade 8											
Atividade 9											
Atividade 10											
Atividade 11											
Atividade 12											

5. CONDIÇÕES TERAPÊUTICAS:

4.7.1 () COLCHÕES DE AR () COXINS () ALMOFADAS

4.7 Utilização de superfícies de apoio: () SIM () NÃO

4.6 Mudança de decúbito de 2/2 horas: () SIM () NÃO

Assinatura de responsável: *Edna Maria de Souza Silva*

Assinatura de enfermeiro responsável: *Edna Maria de Souza Silva*

HGV
VERBODEN
TOEGANG VOOR
ONBEVOEGDEN

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 08.553.564/0104-43

Prontuário: 201941 Nome: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES
Endereço: LUCRECIO DANTAS AVELINO 720 AGUA MINERAL
Cidade: TERESINA UF: PI CEP: 64007-500

Sexo: M DT. Nasc: 22/06/1984 Idade: 32 Anos Estado Civil: C Profissão: OUTROS
Cadastro: 13/01/2017 Telefone: 86 -3214.2170 Cartão SUS: 701800212505179 CPF: 00743583329

Justificativa:

Data	Assinatura
13/10/17	X Marilene Araujo S. Gomes
14/10/17	X Marilene Araujo S. Gomes
15/10/17	X Marilene Araujo S. Gomes
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

Dr. Carlos A. M. D. FERNANDES
 DIRETOR-ADJUNTO FINANCEIRO/SGV
 COM-0794/CPP: 180.322-903-10

06 JUN 2017

Date: ____/____/____

Ass. Médico Solicitante

Auditor

Data: / /

Assinatura - CPF

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 14/08/2017
Edna Maria Andrade Silva
Matricula: 019065-9
CPF: 275.080.303-97
CASA DE BAPTISTAS





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 85 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MEDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Prontuário: 201941

Dt. Nasc.: 22/06/1984

Atendimento: 247811

Idade: 32a 6m 27d

Sexo: M

Dados da Solicitação:

Pedido: 37764

Data Pedido: 16/01/2017

Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES

Setor Solicitante: CL. GINECOLOGICA

Unid. Internação / Leito: OCUPAÇÃO TEMPORARIA / OCUPA TE

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cód. Procedimento: 02.08.03.003-7

Data do Laudo: 17/01/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA QUADRIS

QUADRIL ESQUERDO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais dos quadris de 10mm de espessura com intervalo de 10mm.

RELATÓRIO:

- Fratura cominutiva na borda pósterio-inferior do acetabulo esquerdo, com fragmentos ósseos junto ao contorno pósterio-inferior da cabeça femoral adjacente.
- Derrame articular no quadril esquerdo.
- Espaços articulares preservados.
- Estruturas musculares com densidade preservada.

Dr. Cassia M. L. B. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA / HGV
CNPJ: 079470001-00

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR
3090

06 JUN 2017

HOSPITAL GETULIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em: 14/06/2017

Edna Maria de Silva

Matrícula: 100.000-0

CPE: 175.000-0

06 JUN 2017





HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Prontuário: 201941

Atendimento: 247811

Dt. Nasc.: 22/06/1984

Idade: 32a 6m 29d

Sexo: M

Dados da Solicitação:

Pedido: 38055

Data Pedido: 18/01/2017

Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES

Sector Solicitante: CL. NEFROLOGIA

Unid. Internação / Leito: OCUPAÇÃO TEMPORARIA / OCUPA TE

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cód. Procedimento: 02.04.06.009-5

Data do Laudo: 19/01/2017

RADIOGRAFIA DE BACIA

RELATÓRIO: O estudo radiológico da bacia realizado nas incidências em AP demonstra:

- Avulsão de fragmento ósseo no acetábulo esquerdo.

Dr. Cassiano L. B. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA / HGV
CRM: 07947-CP: 150.329.903-10

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 14/08/2017
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 075.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

06 JUN 2017





HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.853.564/0104-43

Negro

LAUDO MEDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Prontuário: 201941

Atendimento: 247811

Dt. Nasc.: 22/06/1984

Idade: 32a 6m 29d

Sexo: M

Dados da Solicitação:

Pedido: 38055

Data Pedido: 18/01/2017

Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES

Setor Solicitante: CL. NEFROLOGIA

Unid. Internação / Leito: OCUPAÇÃO TEMPORARIA / OCUPA TE

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cód. Procedimento: 02.04.04.011-6

Data do Laudo: 19/01/2017

RX OMBRO ESQUERDO

RELATÓRIO: O estudo radiológico do ombro esquerdo realizado nas incidências AP e rotação interna e externa demonstra:

- Fraturas recentes no terço lateral da clavícula e no umero proximal com presença de placa e parafusos no umero.
- Edema de partes moles.

Dr. Carlos Augusto Moura Fe
DIRETORIA ADM. FINANCEIRA / RGV
CRM: 0594 / CEE-150.329.533-10

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 14/06/2017
Edna Maria de Silva
Médico: 013065-9
CPF: 15.080.303-97
- 4 - A 1ª PRONTUÁRIO

06 JUN 2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.584/0104-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **PAULO SERGIO FERREIRA GOMES**

Prontuário: **201941**

Dt. Nasc.: **22/06/1984**

Atendimento: **247811**

Idade: **32a 6m 29d**

Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **38055**

Data Pedido: **18/01/2017**

Médico Solicitante: **JOSE WILSON RODRIGUES**

Setor Solicitante: **CL. NEFROLOGIA**

Unid. Internação / Leito: **OCUPAÇÃO TEMPORARIA / OCUPA TE**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02:04.04.007-8**

Data do Laudo: **19/01/2017**

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

- Fratura recente no olécranon fixada com fios metálicos.
- Edema de partes moles.

Dr. Cássia M. L. B. Vilarinho
DIRETORA ADJ. FINANCEIRA / HGV
CRM: 0794 / CPF: 150.329.903-19

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 14/01/2017
Edna M. Silva
R055-9
06 JUN 2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341



HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Nome : PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Id, Sx : 32a , M

Pedido: 3292118

Médico: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA

Emissão: 06/01/2017 às 01:32

1. 1/26

Registro: 11136025

Clinica: 201

Origem : HUT-HUT

Destino: WWT

Cadastro: 05/01/2017 às 23:01

Colocado em 05/01/2017 às 12h:30min

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITÓGRAMA

Hemácias	5.04 milhões/mm ³
Hemoglobina	14.7 g/dL
Hematócrito	42.8 %
V.C.M.	84.9 fL
H.C.M.	29.2 ug
C.H.C.M.	34.3 g/dL
R.D.W.	12.4 %

Observações:

VALORES DE REFERÊNCIA

Item	Unit	Price	Quantity	Total
1. 100	100	1.00	100	100.00
2. 100	100	1.00	100	100.00
3. 100	100	1.00	100	100.00
4. 100	100	1.00	100	100.00
5. 100	100	1.00	100	100.00
6. 100	100	1.00	100	100.00
7. 100	100	1.00	100	100.00
8. 100	100	1.00	100	100.00
9. 100	100	1.00	100	100.00
10. 100	100	1.00	100	100.00
11. 100	100	1.00	100	100.00
12. 100	100	1.00	100	100.00
13. 100	100	1.00	100	100.00
14. 100	100	1.00	100	100.00
15. 100	100	1.00	100	100.00
16. 100	100	1.00	100	100.00
17. 100	100	1.00	100	100.00
18. 100	100	1.00	100	100.00
19. 100	100	1.00	100	100.00
20. 100	100	1.00	100	100.00
21. 100	100	1.00	100	100.00
22. 100	100	1.00	100	100.00
23. 100	100	1.00	100	100.00
24. 100	100	1.00	100	100.00
25. 100	100	1.00	100	100.00
26. 100	100	1.00	100	100.00
27. 100	100	1.00	100	100.00
28. 100	100	1.00	100	100.00
29. 100	100	1.00	100	100.00
30. 100	100	1.00	100	100.00
31. 100	100	1.00	100	100.00
32. 100	100	1.00	100	100.00
33. 100	100	1.00	100	100.00
34. 100	100	1.00	100	100.00
35. 100	100	1.00	100	100.00
36. 100	100	1.00	100	100.00
37. 100	100	1.00	100	100.00
38. 100	100	1.00	100	100.00
39. 100	100	1.00	100	100.00
40. 100	100	1.00	100	100.00
41. 100	100	1.00	100	100.00
42. 100	100	1.00	100	100.00
43. 100	100	1.00	100	100.00
44. 100	100	1.00	100	100.00
45. 100	100	1.00	100	100.00
46. 100	100	1.00	100	100.00
47. 100	100	1.00	100	100.00
48. 100	100	1.00	100	100.00
49. 100	100	1.00	100	100.00
50. 100	100	1.00	100	100.00
51. 100	100	1.00	100	100.00
52. 100	100	1.00	100	100.00
53. 100	100	1.00	100	100.00
54. 100	100	1.00	100	100.00
55. 100	100	1.00	100	100.00
56. 100	100	1.00	100	100.00
57. 100	100	1.00	100	100.00
58. 100	100	1.00	100	100.00
59. 100	100	1.00	100	100.00
60. 100	100	1.00	100	100.00
61. 100	100	1.00	100	100.00
62. 100	100	1.00	100	100.00
63. 100	100	1.00	100	100.00
64. 100	100	1.00	100	100.00
65. 100	100	1.00	100	100.00
66. 100	100	1.00	100	100.00
67. 100	100	1.00	100	100.00
68. 100	100	1		

Dr. Cassia M. L. E. Vilarinho
DIRETORA ADM. FINANCEIRA / MG
CEL: 07911 / CPF: 150.329.903-10

LEUCOGRAMMA

Leucócitos	17800	mm ³	
Neutrófilos	14952	mm ³	84.0 %
Segmentados	14952	mm ³	84.0 %
Bastões	0	mm ³	0 %
Metamielócitos	0	mm ³	0.0 %
Mielócitos	0	mm ³	0.0 %
Promielócitos	0	mm ³	0.0 %
Eosinófilos	0	mm ³	0.0 %
Basófilos	0	mm ³	0.0 %
Linfócitos	1780	mm ³	10.0 %
Monócitos	1068	mm ³	6.0 %

Observações

VALORES DE REFERENCIA

[illegible]

ALGUNS NEUTROFILOS COM GRANULAÇÕES TÓXICAS FINAS

Contagem de PLAQUETAS	214000 mm3
-----------------------	------------

Observações

Método: Automação

Material: SANGUE TOTAL.

VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm3

ORIGINAL SETULIO VARGAS
ORIGINAL

ORIGINAL GETULIO VAS
NUNCA COM ORIGINAL

CONF. 14/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/80/81/82/83/84/85/86/87/88/89/90/91/92/93/94/95/96/97/98/99/100/101/102/103/104/105/106/107/108/109/110/111/112/113/114/115/116/117/118/119/120/121/122/123/124/125/126/127/128/129/130/131/132/133/134/135/136/137/138/139/140/141/142/143/144/145/146/147/148/149/150/151/152/153/154/155/156/157/158/159/160/161/162/163/164/165/166/167/168/169/170/171/172/173/174/175/176/177/178/179/180/181/182/183/184/185/186/187/188/189/190/191/192/193/194/195/196/197/198/199/200/201/202/203/204/205/206/207/208/209/210/211/212/213/214/215/216/217/218/219/220/221/222/223/224/225/226/227/228/229/230/231/232/233/234/235/236/237/238/239/240/241/242/243/244/245/246/247/248/249/250/251/252/253/254/255/256/257/258/259/260/261/262/263/264/265/266/267/268/269/270/271/272/273/274/275/276/277/278/279/280/281/282/283/284/285/286/287/288/289/290/291/292/293/294/295/296/297/298/299/300/301/302/303/304/305/306/307/308/309/310/311/312/313/314/315/316/317/318/319/320/321/322/323/324/325/326/327/328/329/330/331/332/333/334/335/336/337/338/339/340/341/342/343/344/345/346/347/348/349/350/351/352/353/354/355/356/357/358/359/360/361/362/363/364/365/366/367/368/369/370/371/372/373/374/375/376/377/378/379/380/381/382/383/384/385/386/387/388/389/390/391/392/393/394/395/396/397/398/399/400/401/402/403/404/405/406/407/408/409/410/411/412/413/414/415/416/417/418/419/420/421/422/423/424/425/426/427/428/429/430/431/432/433/434/435/436/437/438/439/440/441/442/443/444/445/446/447/448/449/450/451/452/453/454/455/456/457/458/459/460/461/462/463/464/465/466/467/468/469/470/471/472/473/474/475/476/477/478/479/480/481/482/483/484/485/486/487/488/489/490/491/492/493/494/495/496/497/498/499/500/501/502/503/504/505/506/507/508/509/510/511/512/513/514/515/516/517/518/519/520/521/522/523/524/525/526/527/528/529/530/531/532/533/534/535/536/537/538/539/540/541/542/543/544/545/546/547/548/549/550/551/552/553/554/555/556/557/558/559/560/561/562/563/564/565/566/567/568/569/570/571/572/573/574/575/576/577/578/579/580/581/582/583/584/585/586/587/588/589/590/591/592/593/594/595/596/597/598/599/600/601/602/603/604/605/606/607/608/609/610/611/612/613/614/615/616/617/618/619/620/621/622/623/624/625/626/627/628/629/630/631/632/633/634/635/636/637/638/639/640/641/642/643/644/645/646/647/648/649/650/651/652/653/654/655/656/657/658/659/660/661/662/663/664/665/666/667/668/669/670/671/672/673/674/675/676/677/678/679/680/681/682/683/684/685/686/687/688/689/690/691/692/693/694/695/696/697/698/699/700/701/702/703/704/705/706/707/708/709/710/711/712/713/714/715/716/717/718/719/720/721/722/723/724/725/726/727/728/729/730/731/732/733/734/735/736/737/738/739/740/741/742/743/744/745/746/747/748/749/750/751/752/753/754/755/756/757/758/759/760/761/762/763/764/765/766/767/768/769/770/771/772/773/774/775/776/777/778/779/780/781/782/783/784/785/786/787/788/789/790/791/792/793/794/795/796/797/798/799/800/801/802/803/804/805/806/807/808/809/810/811/812/813/814/815/816/817/818/819/820/821/822/823/824/825/826/827/828/829/830/831/832/833/834/835/836/837/838/839/840/841/842/843/844/845/846/847/848/849/850/851/852/853/854/855/856/857/858/859/860/861/862/863/864/865/866/867/868/869/870/871/872/873/874/875/876/877/878/879/880/881/882/883/884/885/886/887/888/889/890/891/892/893/894/895/896/897/898/899/900/901/902/903/904/905/906/907/908/909/910/911/912/913/914/915/916/917/918/919/920/921/922/923/924/925/926/927/928/929/930/931/932/933/934/935/936/937/938/939/940/941/942/943/944/945/946/947/948/949/950/951/952/953/954/955/956/957/958/959/960/961/962/963/964/965/966/967/968/969/970/971/972/973/974/975/976/977/978/979/980/981/982/983/984/985/986/987/988/989/990/991/992/993/994/995/996/997/998/999/1000/1001/1002/1003/1004/1005/1006/1007/1008/1009/1010/1011/1012/1013/1014/1015/1016/1017/1018/1019/1020/1021/1022/1023/1024/1025/1026/1027/1028/1029/1030/1031/1032/1033/1034/1035/1036/1037/1038/1039/1040/1041/1042/1043/1044/1045/1046/1

Matrícula: 812065-9

CEP: 05.020.303-9

Recebido por Euzébio dos Santos - CRP-1-10

9 6 JUN 201





HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Nome : PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Id, Sx : 32a , M

Pedido: 3292118

Médico: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA

Emissão: 06/01/2017 às 01:52

Pl. 2/36

Registro: 11131025

Clinica: P01

Origem: HUT-HUT

Destino: HUT

Cadastro: 05/01/2017 às 23:01

Coletado em 05/01/2017 às 19h 43min

RETRAÇÃO DO COÁGULO

RESULTADO: Total

Método: Qualitativo

Material: SANGUE TOTAL

Liberado em 06/01/2017 às 19h 43min

VALOR DE REFERÊNCIA: Retração Total

BRB Santos

Liberado por: Bruna Raquel Barros dos Santos - CRP-PI-740

Coletado em 05/01/2017 às 23h 41min

TEMPO DE SANGRAMENTO

RESULTADO: 01' 30" minuto

Material: SANGUE TOTAL

Liberado em 06/01/2017 às 01h 11min

VALOR DE REFERÊNCIA: 1 a 4 minutos

BRB Santos

Liberado por: Bruna Raquel Barros dos Santos - CRP-PI-740

Coletado em 05/01/2017 às 19h 42min

TEMPO DE COAGULAÇÃO

RESULTADO: 07' 00" minuto

Método: Les-White

Material: SANGUE TOTAL

Liberado em 06/01/2017 às 01h 41min

VALOR DE REFERÊNCIA: até 12 minutos

BRB Santos

Liberado por: Bruna Raquel Barros dos Santos - CRP-PI-740

Coletado em 05/01/2017 às 23h 43min

PROVA DO LAÇO

RESULTADO: Negativa

Método: Rumpel-Leede

Liberado em 06/01/2017 às 01h 41min

VALOR DE REFERÊNCIA: Negativa

BRB Santos

Liberado por: Bruna Raquel Barros dos Santos - CRP-PI-740

06 JUN 2017

HOSPITAL DE URGÊNCIA VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em, 14/06/2017

Edna Maria de Sousa Silva

Matrícula: 01353-9

CPE: 15.038.353-37

CHAMA DE PATOLOGIA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/07/2020 10:29:13

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073110291219300000010499888>

Número do documento: 20073110291219300000010499888

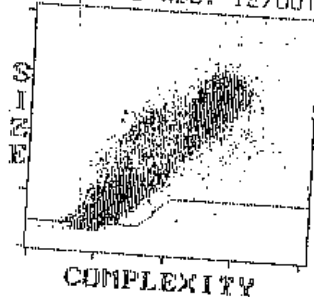
HOSPITAL GETULIO VARGAS
LABORATORIO DE HEMATOLOGIA

Specimen ID: 201941
Patient: PAULO S. H. GOMES
Sex: M DOB: 22 Jun 1984
Dr: 24 NEUROLOGIA
Param: 1 Limits: 1

14 Jan 2017 15:48
Operator ID: 180
Sequence #: 7791
Open Sampler

WBC	8.36	K/UL
NEU	46.6	%
LYM	39.1	%
MON	10.9	%
EO	3.5	%
BA	0.44	%

SUSPECTS - 50
(WCC) L 39
NRBC m 08
00002
Cast 01



leucócitos normais

RBC	4.42	M/UL
HGB	13.1	g/dL
HCT	38.3	%
MCV	86.0	fL
MCH	29.7	pg
MCHC	34.4	g/dL
RDW	14.1	%

linfócitos normais

PLT	343	K/UL
PDW	15.1	%

cre 3.1

TS 3'00"

TE 7'00"

Re neg.

Rt total

Dr. César M. L. B. Vilarinho
DIRETOR ADJ. FINANCEIRA/ RGV
CRN 07.811 / CPF 180.229.903-10

06 JUN 2017

EDNAN SOARES COUTINHO VARGAS
CON. DE COM. ORIGINAL
Em, 14/06/17
Edna Maria de Almeida Silva
Matricula: C-3085-9
CPF: 275.080.303-97
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO





SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

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

Atendimento:
247811

Paciente:	PAULO SERGIO FERREIRA GOMES		Idade:	32 Anos 6 Mesos 22 Dias	Sexo:	M	Prontuário:	201941			
Endereço:	LUCRECIO DANTAS AVELINO		Nº:	720	Bairro:	AGUA MINERAL	Cidade:	TERESINA			
UF:	PI	DT. Nasc:	22/06/1984	Profissão:	OUTROS	Telefone:	86 - 3214.2170	CPF:	007.435.833-29	Cartão SUS:	701800212505179

Internação:	13/01/2017	Alta:	19/01/17	às		Permanência:	
-------------	------------	-------	----------	----	--	--------------	--

Diagnósticos:	Situação na Admissão:
CID Principal: ☐ ☐ ☐ ☐	
CID Secundário: ☐ ☐ ☐ ☐	
CID Causa Morte: ☐ ☐ ☐ ☐	

Evolução e Situação na Alta: _____

Medicações Utilizadas: _____

Cirurgia: Data: ____/____/____ Tipo: _____

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência: _____

Tipo de Alta: ☐ 1.1.1. Curado ☐ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☐ 1.5. Alta com prev. retorno ☐ 1.6. Evasão
☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac.agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ 5. Administrativo

Transferência: _____

Vaga cedida por: _____

Transporte: _____

Nome: _____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 19/01/17
Luna Maria da Silva
Matrícula: C13069-9
Fone: 86.325.080.303-97





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Roniel Araújo da Menezes,
 RG nº 3384746, data de expedição 23/08/13,
 Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 058569703-02, com
 domicílio na cidade de Teressina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Teófilo Joaquim Soares, nº 604,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Paulo Sérgio Ferreira Gomes cujo o condutor era
Paulo Sérgio Ferreira Gomes.

Veículo: MotocicletaModelo: Honda CG 160 Fan ESDAno: 2016Placa: PIV 5622Chassi: 9C2KC2200GR326986Data do Acidente: 05/05/2017Local e Data: Av. José Elias Tavares - JockeyTERESSINA 18 MAIO 2017

3º OFÍCIO

Roniel Araújo da Menezes
 Assinatura do Declarante

Paulo Sérgio Ferreira Gomes
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TERESSINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 TITULAR: ANATÁLIA GONÇALVES DE SAUVENIR PEREIRA
 RUA LUIZ CARLOS NOGUEIRA, 1221 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESSINA-PI
 Fone: (066) 3221-7886 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: RONIEL ARAÚJO DE MENEZES, DOU
 FE, EM, 18/05/2017, TERESSINA-PI, 18/05/2017, Emissão: 3,60
 T49b, 22/05/2017, 10h14:57, Selo: APP 93663, F4210113

ENVIADO DENIS DO VALE BARRETO - Escrevente Autorizado

☐ Tabella ☒ Escrevente autorizado

CARTÓRIO THEMISTÓCLES RAMPAIO
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Eduardo Denis do Vale Barreto
 Escrevente Autorizado
 18/05/2017 - 04



06 JUN 2017





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, PAULO SEBASTIÃO FERREIRA GOMESRG nº 2.169.465, data de expedição 13/01/2014, Órgão SSP-PJ

CPF nº 007.435.833-29, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA EUGENIO DANTAS AVELINO</u>
Número	<u>729</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ÁGUA MINERAL</u>
Cidade	<u>TERESINA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64007-500</u>
Telefone de Contato	<u>86 98851-3666</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

06 JUN 2017

Local e Data: TERESINA 20 DE MAIO DE 2017

Assinatura do Declarante:





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

MATRICULA 1224513-5		Hidrometro 041523743	Referencia DEZ/2016
Nome/Razão Social/Endereço PAULO SERGIO F GOMES RUA LUCRECIO DANTAS AVELINO, 729 AGUA MINERAL TERESINA 64007500 AG= 32			
Situação 3/1	Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub	Inscrição 110 10 05 0241 0300-000
Periodo de Consumo 23/11/2016		Período de Cobrança 23/11/2016 30	
Histórico de Consumo Mês/Ano Consumo (Litros) Decim. 06/16 1195 26 07/16 1209 14 08/16 1220 11 09/16 1232 12 10/16 1242 10 11/16 1253 11 12/16 1271 18		Forma de Pagamento FATURADO P/ CONSUMO NORMAL Cód. Responsável 922241125 Cód. de Verificação 01 Consumo Água 14 Consumo Não Água 0 Consumo 18 Consumo Faturado 18	
DESCRITO DA FATURA			
Cod.	Nome do Serviço		Valor (R\$)
AGUA	MANUTENCAO HIDROMETRO		66,48

VENCIMENTO 02/01/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 66,48
O DEBITO DE CONTAS DE AGUA E ESGOTO DE 02/01/2017
CONFORME LEI FEDERAL 11.443/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

06 JUN 2017





Dados do Chamado	01 Nº. do chamado 715	02 Data do chamado 05/01/2017	03 PRO (código) 2287	04 Saida do PA 19.25	05 Chegada ao local 19.54
	06 Saida do local 20.04	07 Chegada ao 1º hospital 20.04	08 Saida do 1º Hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Juracy de Jesus Elias (Serra)				
	11 Bairro Jokey	12 Município-UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência SEMTU				
	14 Nome Paulo Sérgio Ferreira Gomes	15 Sexo 1 - Masculino	2 - Feminino 3 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	16 Idade 22.06.84	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vítima				
	20 Meio de locomoção				
Exame Físico	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Assistência	23 Glasgow = 15				
	24 Sinais vitais				
Hospital de Destino	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Observações Interdisciplinar	27 Pulso				
	28 Sangramento				
29 Dor					
30 Fratura					
31 Procedimentos realizados					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
Observações Interdisciplinar					
Assinaturas					





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

DOCUMENTO 1 'T1%'



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002172/2017-32

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francisco Ribeiro De Sousa

Data/Hora: 19/05/2017 - 10:48

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. ELIAS JOÃO TAJRA, Nº:

Complemento

Bairro

JOCKEY CLUB

Ponto de Referência

Data/Hora

05/01/2017 - 19:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES [32 ANOS]

RG: 2169465

Mãe: MARIA DO CARMO RODRIGUES GOMES

Pat: JOÃO FERREIRA GOMES

Endereço: RUA LUCRECIO DANTAS AVELINO, Nº 729

Bairro: ÁGUA MINERAL

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE DISSE NESTA DELEGACIA DE TRANSITO QUE TRAFEGAVA EM UMA MOTO HONDA/CG, ANO 2016/2016, PL- PIV- 5622 DE PROPRIEDADE DE RONIEL ARAUJO DE MESQUITA, CPF- 05855970302 SENTIDO NORTE/LESTE E AO ENTRAR PELA AV. JOÃO ELIAS TAJRA, NO BAIRRO JOQUEY CLUB SURTIU UM OUTRO VEICULO QUE NÃO SOUBE IDENTIFICAR E QUE ESTE TERIA PROVOCADO O ACIDENTE QUANDO TRANSITAVA NO MESMO SENTIDO E FECHOU DE FORMA VIOLENTA O CRUZAMENTO COM AV. ININGA, INDO COLIDIR COM A MOTO CONDUZIDA PELO DECLARANTE. DISSE QUE CAIU SOFRENDO LESÃO CORPORAL DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO DE Nº432129 DECIDIDO PELO HUT. DIAS DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA POLICIA MILITAR PARA OUTROS PRECEDIMENTOS CONFORME PRONTUÁRIO DE Nº 247811. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU. AS DECLARAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE

Marcio Lustosa Arrais - Mat. 0866687
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Paulo Sergio Ferreira Gomes
PAULO SERGIO FERREIRA GOMES [32 ANOS] - Notificante
Responsável pela Informação

06 JUN 2017

Delegado de Polícia



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, PAULO SERGIO FERREIRA GOMES, portador da carteira de identidade nº 2169465 e inscrito no CPF/MF sob o nº 007 435 833-29, residente e domiciliado na RUA LUCRECIO DANTAS AVELINO, 729 AGUA MINERAL Cidade TERESINA, Estado PIAUÍ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

DOCUMENTO 3 *T3%*



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

TERESINA 20 DE MAIO DE 2017

Local e data

06 JUN 2017





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMEN

DOCUMENTO 1 "T14"



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, PAULO SERGIO FERREIRA GOMESPORTADOR(A) DO RG Nº 2169465 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 13 DE JUN DE 2017CPF (007435833-29) / CNPJ (00000000-0000-00), PROFISSÃO NOTARIOE RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA PAULO SERGIO FERREIRA GOMES AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

06 JUN 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3828 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5104-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

TERESINA, 20 de JUNHO de 2017
LOCAL E DATA
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221201.





06 JUN 2017



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2017

Carta nº: 11263258

A/C: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Sinistro: 3170310410 ASL-0216888/17
Vitima: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES
Data Acidente: 05/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000003828

Conta: 000005104-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01499/01500 - carta_15R



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170310410 - 1
Nome do(a) Examinado(a): PAULO SERGIO FERREIRA GOMES
Endereço do(a) Examinado(a): RUA LUCRECIO AVELINO nº 729 - AGUA MINERAL - TERESINA/PI
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2169465 - SSP
Data local do exame: 28/06/2017 TERESINA/PI

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO UMEROS PROXIMAL ESQUERDO E FRATURA DO OLECRANO ESQUERDO
FRATURA DO ACETABULO ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM

☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

OSTEOSSINTESE DO UMEROS E DO COTOVELO ESQUERDO. TRACAO TRANSESQUELETICA DO FEMUR ESQUERDO, EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. APRESENTA DEFORMIDADE ANATOMICA DO COTOVELO ESQUERDO, HIPOTROFIA DO BRACO ESQUERDO, LIMITACAO DA ABDUCCAO E ROTACAO DO OMBRO, DA FLEXO-EXTENSAO DO COTOVELO E DA PRONO-SUPINACAO DO ANTEBRACO
HIPOTROFIA DO QUADRICEPS ESQUERDO E LIMITACAO DA FLEXAO DO QUADRIL ESQUEEDO

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

IV. Segundo o 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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANter A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PI - TERESINA, 28/06/2017

Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM:52.25889-0/RJ

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52.25889-0
Cadastro Nacional

Dores Mendes



Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/07/2020 10:29:13
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073110291219300000010499888>
Número do documento: 20073110291219300000010499888

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº: 11139154

A/C: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Sinistro: 3170310410 ASL-0216888/17
Vítima: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES
Data Acidente: 05/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00345/00346 - carta_02



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2017

Carta nº: 11124368

A/C: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170310410 ASL-0216888/17
Vitima: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES
Data Acidente: 05/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01971/01972 - carta_01



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:	30/06/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	7.087,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000005104-9

Nr. da Autenticação 5189497A97C7784B



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170310410 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SERGIO FERREIRA GOMES **Data do acidente:** 05/01/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO UMERÓ PROXIMAL ESQUERDO E FRATURA DO OLECRANO ESQUERDO
FRATURA DO ACETABULO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: OSTEOSINTESE DO UMERÓ E DO COTOVELO ESQUERDO. TRACAO TRANSESQUELETICA DO FEMUR ESQUERDO, EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS.
APRESENTA DEFORMIDADE ANATOMICA DO COTOVELO ESQUERDO, HIPOTROFIA DO BRACO ESQUERDO, LIMITACAO DA ABDUCAO E ROTACAO DO OMBRO, DA FLEXO-EXTENSAO DO COTOVELO E DA PRONO-SUPINACAO DO ANTEBRACO
HIPOTROFIA DO QUADRICEPS ESQUERDO E LIMITACAO DA FLEXAO DO QUADRIL ESQUEEDO

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/06/2017

Conduta mantida:

Observações: OBS.: VÍTIMA JÁ AVALIADA SOB O SINISTRO 2014602174 OCORRIDO EM 06/03/2014 NO VALOR DE R\$ 1.687,50 REFERENTE A 50% DA LESÃO DO JOELHO DIREITO
NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

