



Número: **0807688-72.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **19/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES (AUTOR)	ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
89313 40	19/03/2020 19:36	Petição Inicial	Petição Inicial
89316 47	19/03/2020 19:36	PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO Mª	Procuração
89316 51	19/03/2020 19:36	RG. CPF. END E BO Mª	Documentos
89316 55	19/03/2020 19:36	COMP PAG SEGURO Mª SOCORRO	Comprovante
89322 46	19/03/2020 19:36	PRONT E LAUDO MÉD Mª 1	Documentos
89322 90	19/03/2020 19:36	PRONT E LAUDO MÉD Mª 2	Documentos

INICIAL ANEXA.





ALEXANDRE RAMON

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	FONES:
PROFISSÃO: AUTÔNOMA	ESTADO CIVIL: CASADA
RG: 2.638.187 SSP-PI	CPF: 026.459.293-03
ENDEREÇO: Rua Guaratinga, nº 2379, Bairro: Colorado, Teresina-PI, CEP: 64.083-045.	
E-MAIL:	

OUTORGADOS: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/PI nº 5795, com escritório profissional situado na Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro – Teresina – PI, CEP 64.000-120.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado devidamente qualificado acima, com a cláusula "**AD JUDICIA ET EXTRA**", para, agindo, representá-lo (a) perante repartições públicas e qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado, a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-la nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe também, poderes especiais para confessar, transigir, variar, desistir, **fazer acordos**, receber e dar quitações, requerer o que convier, firmar compromissos, assinar termos, receber citações, notificações, intimações e alvará judicial, representar o (a) outorgante em audiências, perante os juízos deprecante e deprecado e em qualquer instância, declarar situação de hipossuficiência financeira, a fim de obter gratuidade de justiça, podendo substabelecer o presente mandato com ou sem reservas de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do (a) outorgante e ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina-PI, 19 de Março de 2020.

OUTORGANTE: Maria do Socorro dos Santos Rodrigues

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
Telefones: 994643330 (whatsapp: 994523253)
E-mail: alexandreronadvocacia@hotmail.com





ALEXANDRE RAMON

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

DECLARANTE: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	FONES:
PROFISSÃO: AUTÔNOMA	ESTADO CIVIL: CASADA
RG: 2.638.187 SSP-PI	CPF: 026.459.293-03
ENDEREÇO: Rua Guaratinga, nº 2379, Bairro: Colorado, Teresina-PI, CEP: 64.083-045.	
E-MAIL:	

Eu, acima qualificado, declaro para os devidos fins, que sou pobre na forma da Lei, não tendo condições de arcar com despesas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, que por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Teresina-PI, 19 de Janeiro de 2020.

Maria do Socorro dos Santos Rodrigues
DECLARANTE

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina - PI - CEP 64000-120 telefones:
994643330 (whatsapp: 994523253)
E-mail: alexandreronadadvocacia@hotmail.com





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



158 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001493/2019-81

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 23/04/2019 - 11:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA 09, Nº:

Complemento

Bairro

ITARARE

Ponto de Referência

Data/Hora

23/11/2018 - 13:45

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2638187

Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS RODRIGUES

Endereço: AV; TOTO RIBEIRO, Nº 2379

Bairro: COLORADO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Colisão, Abaloamento ou Choque de veículo(s) sem vítima.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA NA MOTO HONDA/CG150 FAN ESI, ANO 2011, PLACA. DDU-1859-PIRENAVAM-346745578, DE PROPRIEDADE LUANA MARQUES DE BRITO MONTEIRO SOUSA, CPF:01467153303, RELATA QUE CONDUZIA A MOTO SUPRACITADA, QUANDO UM VEICULO NAO IDENTIFICADO, BATEU NA TRAZEIRA DA MOTO E A MESMA CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADA O HUT. PROTUARIO:494958. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELA NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETIVA DE SEGUROS
Recebido em: 06/05/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: CPF:

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

E-mail: Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? pais/avós vivos?

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Nome: CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF:

Assinatura

2ª | Nome: CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



0150039

Maria do Socorro dos Santos Rodrigues
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.638.187 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/03/13

NOME MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

FILIAÇÃO MARIA JOSÉ DOS SANTOS RODRIGUES
LIDIO DE SAMPAIO RODRIGUES

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 30/07/1987

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 120108 L A 156 F 29
EXP TERESINA-PI 07/04/88

CPF TERESINA-PI 026.459.293-03

Maria do Socorro dos Santos Rodrigues
ASSINATURA DO DIRETOR

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 026.459.293-03

Nome MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

Nascimento 30/07/1987

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Março/2005

CORREIOS
www.correios.gov.br

gfl

MEDIDA CORRETORA DE JUIZ

Recolida em: 06/05/2019

MEDIDA CORRETORA DE JUIZ

Recolida em: 06/05/2019



[illegible]



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

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190307352

Vítima: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

Data do Acidente: 23/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 000008805-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01269/01270 - carta_15R - INVALIDEZ

00030635





NOME DO PACIENTE: Maria do Socorro dos Santos Rodrigues

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 494958

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".





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

ortopedico

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 23/11/2018 14:35:53

DADOS DO PACIENTE:

(User: CLEBIANA)
(Estação: ACCR01)

Nome:	MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES	Prontuário:	494958
Mãe:	MARIA JOSE DOS SANTOS RODRIGUES	Pai:	LIDIO DE SAMPAIO
End.Resid.:	AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	30/07/1987	Idade:	31a3m24d
Responsável:	O MESMO	Sexo:	Feminino
Profissão:		Fone:	
G. Instrução:	Não informado	CNS:	702300133333211
End.Local.:	- - -	Documento:	CPF: 026.459.293-03
		E.Civil:	Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

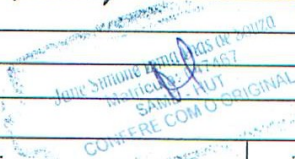
Código:	695074	Data:	23/11/2018 14:28:55	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Acid.Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundario:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada	CIRURGIÃO GERAL	Amarelo
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO HÁ + 40MIN.RELATO DE TRAUMA EM MSD C ESCORIAÇÕES,MID.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC)	CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES		
FAZIA USO DE CAPACETE MAS SACOU-O.(SIC)	COREN PI 13885		
	Em: 23/11/2018 14:35:53		

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente trazida pelo socorro, com imobilizações cervicais, comenete
avistado ferimento, apneia, vomito profuso. Queixando-se de dor
na MM II D, imobilizada pelo protocolo. AC. RR LT BNF 15. APMA 12 RR



PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:	
----	---	------	--------	-----	-----	--------	--

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx Perna e Tornozelo D

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /

HORA: :

Procedimento

CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

Dr. Leonardo Lino
MÉDICO





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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 23/11/2018 14:36:12
(CLEBIANA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES		Prontuário: 494958
Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS RODRIGUES	Pai: LIDIO DE SAMPAIO	
End.Resid.: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 30/07/1987	Idade: 31a3m24d	Sexo: Feminino Fone:
Responsável: O MESMO	CNS: 702300133333211	
Profissão:	Documento: CPF: 026.459.293-03	
Q. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 695074	Data: 23/11/2018 14:28:55	Clas. Cor: Amarelo
tipo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC	Convênio: S U S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 23/11/18 17:20	ESPECIALISTA: Othoneide
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Família com filho de 11m - @ fechando, mas com vómitos e convulsões. m. Tto único como parte exparte	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__	Carimbo/Assinatura Solicitante
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	





FICHA DE ANESTESIA

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

Nome:

Mário do Socorro dos S. Rodrigues

Sala:

01

Alergia:

Nega

Data:

Procedimento:

Fratura Fechada Tibia D

Cirurgião:

Rafael

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
2	mg												
3	mg												
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio	2l												
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico 20G BE
Cat. Venoso nº ___ G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos ___ cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº ___
☐ LMA nº ___

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito: dorsal

SPO2 (%)	99 99 99 99 99
ETCO2 (mmHg)	2
Aces. Venoso	500 500
Aces. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia:

Exame físico: estável, sem alterações significativas + monitorização contínua (revisões) + checagem paulatina de drogas 1 - bloqueio intratecal com bupivacaína 0,5% 4-4ml, mediana agulha Greiner 26G, náusea LCR 2ml, náusea bupivacaína 1mg + morfina 100mg 2 - Cefazolin 2g, alprazolam 2g, dexmedetomidina 10mg, propofol 10mg

Anestesiologista





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 152792		AIH: 2218101854177	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO					
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT			
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT			
CARTÃO SUS					
NOME DO PACIENTE		MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES			
DOCUMENTO CPF		MARIA JOSE DOS SANTOS RODRIGUES			
TELEFONE		O MESMO			
NOME DA MÃE		MARIA JOSE DOS SANTOS RODRIGUES			
RESPONSÁVEL		O MESMO			
NASCIMENTO		30/07/1987			
SEXO		F			
PRONTUÁRIO		494958			
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
TRATAMENTO CIRÚRGICO					
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES					
CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL					
S82.2 - FRATURA DA DIAFÍSE DA TÍBIA					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DA TÍBIA					
LEITO/CLÍNICA					
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA					
CARÁTER		URGÊNCIA			
DATA SOLICITAÇÃO		23/11/2018			
DATA ALTA		24/11/2018 10:10			
MOTIVO ALTA		MELHORADO			
CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)		TÍPO ACIDENTE			
CNPJ SEGURADORA		SÉRIE			
CNPJ DA EMPRESA		CNAE EMPRESA			
COR		NATUREZA DA LESÃO			
AUTORIZAÇÃO					
JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO					
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO) DO CONSELHO)					
TANIA MOREIRA AREA LEAO		CRM:			
CPF: 47061359315		DATA ANALISE: 23/11/2018 21:56:34			
CPF:		CPF: 00479824380			
RAUL RUBEN DE MACEDO NETO		CRM:			
PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO) DO CONSELHO)					
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:					

about:blank



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Maria do Socorro dos Santos*
Diagnóstico pré-operatório *Fig. exploratória tísica*
Operação - Tipo *inc. fixação ovario.*
Cirurgião *Dr. Raul* 1º Assistente
2º Assistente 3º Assistente
Instrumentador(a) *Dr. Laerte* Anestesia *Raquel*
Anestésico(a)
Data da Operação *23/11/18* Início *20:10* Fim *21:00*

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1- *gsv*
- 2- *ovario/ histero*
- 3- *inc. midclavicular*
- 4- *Ra fe (b. p. s. s. s.)*
- 5- *HISTÓRIA*
- 6- *fixação*

Jun 5 2019
Art. 15, § 1º, I, Lei 13.015/2014
Art. 15, § 1º, I, Lei 13.015/2014
CONFERE COM O ORIGINAL

Mod. 76 HUT





PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Maria do Socorro dos Santos Rodrigues
Nº AIH: 227605
Nº do Prontuário: 494958 **Data da Internação:** 23/11/18
Procedimento Médico Realizado: _____
Indicador de Compatibilidade: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: _____
CRM Nº _____ **CPF Nº** _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 23/11/18 **DATA DA ALTA:** / /

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)

 **IMPOL** Instrumental e Implantes
Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP

PINO E FIO RÍGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS *
PINO DE SCHANZ
PINO DE SCHANZ Ø 5,0 X 180 MM - ROSCA 50 MM
TAM: **Ø5,0 X 180MM**
MATERIAL: ASTM F138

REGISTRO ANVISA: **10108770114**
RESP. TÉCN. Roberto L. Paula - CREA 5060831163
CLASSE: III QTD: 8
REF.: 0920-005-180 LOTE: 0162/0818


* 0 0 0 8 3 0 5 *

produto de uso único, proibido
reprocessar, destruir após o uso.

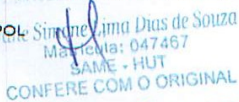
 **IMPOL** Instrumental e Implantes
Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil

FIXADORES EXTERNOS
FIXADORES LINEAR ESTÉRIL - IMPOL
FIXADOR LINEAR ROFA II
TAM: **350MM X 200MM**
MATERIAL: ASTM F899, NBR 209

REGISTRO ANVISA: **10108770128**
RESP. TÉCN. Roberto L. Paula - CREA 5060831163
CLASSE: I QTD: 1
REF.: 0933-001-350 LOTE: 0223/0918


* 0 0 0 9 1 4 6 *

produto de uso único, proibido
reprocessar, destruir após o uso.


VAL: 10/11/18



Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

_____ de _____ de _____
Nome do Hospital: _____
C.N.P.J: _____
Assinatura: _____
Cargo: _____
Nome: _____



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23 / 11 / 18NOME DO PACIENTE Maria do Socorro dos S. Rodrigues PRONTUÁRIO Nº: 494958

DIAGNÓSTICO: _____

CIRURGIA: Fixação de fratura TibialANESTESIA: RaqueNº DA SALA: 02CIRURGIÃO: D. Raul

CPF Nº: _____

AUXILIAR: _____

CPF Nº: _____

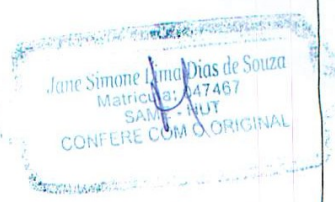
ANESTESIA: D. Laerte

CPF Nº: _____

INSTRUMENTADORA: Concicão

CPF Nº: _____

*** MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI N° 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>8,5</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>7,0</u>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.		
ESPADRAPAO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Atadura de crepon</u>	-	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2</u>	-	01		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Flávia</u>			
VICRYL							
PROLENE							

MOD - 094



JUNDAÍO MUNICIPAL DE SAÚDE
E TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES		494958	31	ORTOPEDIA	CORREDOR 5		
DATA/HORA A CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI: 22/11/2018	Fratura da diáfise da tíbia					10:10 Alta de curativo - 6	
24/11/18							
1	Dieta oral livre						
2	Jelco salinizado						
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						
5	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
6	Prasid _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
8	Curativos diários						
9	Cuidados gerais e sinais vitais						
10							
Dr. Giordano Cremonesi / Dr. Vitor Hugo Felix / Dr. Ricardo S. Veloso / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia							
CRM3415-TEOT10029 / CRM2398 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367							



PRESCRIÇÃO MÉDICA

1002

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Marcia dos Santos dos Santos Rodrigues IDADE 31 anos DATA 23/11 /2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 01 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fix. Ext. Int. Ep. Tibia D. CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>106 X 56</u>	<u>110 X 66</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>75</u>	<u>67</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>99</u> %	<u>99</u> %
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>RSNNA</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR						
Movimenta os quatro membros	2		2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☒
Movimenta dois membros	1		1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0		0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO						
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2		2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1		1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Tem apnéia	0		0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CULAÇÃO						
PA em 20% do nível pré-anestésico	2		2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
PA em 20-49% do nível anestésico	1		1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
PA em 50% do nível pré-anestésico	0		0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA						
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2		2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
Desperta, se solicitado	1		1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Não responde	0		0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂						
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2		2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1		1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0		0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>Verônica</u>		<u>Verônica</u>

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 21h: Admissão q 31a em 2018 de 1h30m em
leito de Emergência Exposto de 1h30m de
sob anestesia geral, FO com fratura exte-
NO. Verônica

Jane Simone Lima Dias de Souza
 Matrícula: 47467
 SANE - HUL
 CONFERE COM O ORIGINAL

RAIO-X
 DATA 23/11/18
 Técnico: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA
 Dr. Italo Hipólito B.T. Silva
 Médico Anestesiologista
 CRM 5053 / RQE 2968
 Gerente Médico Centro Cirúrgico HUT
 ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []
 POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] JORT [] NEU [] CIR [] MÉD





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome			
	15 Sexo	16 Idade			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		18 Tipo de ocorrência		
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		1- Acidente de transporte 2- Agressão física-espantamento 3- Agressão física-FAF 4- Agressão física-FAB 5- Urgência psiquiátrica 6- Tentativa de suicídio 7- Envenenamento 8- Afogamento 9- Queimadura 10- Choque elétrico 11- Queda 12- Urgência clínica 13- Urgência obstétrica 14- Transferência 15- Exames complementares 16- Outros 17- Já removido 18- Falso chamado		
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta 5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 9- Ignorado	1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta 5- Objeto fixo 6- Animal 7- Outra 9- Ignorado	Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum		Pulso _____ Resp. _____ PA _____ TAX _____ SatO2 _____
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Escala de Dor de 0 a 10	
	1- Iguais 2- Desiguais	1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	1- Sim 2- Não	0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 5 6 7 8 9 10	
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Imobilização de extremidades ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Assistência obstétrica ☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____	HUT	1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado	1- Sim 2- Não Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte ☐	
Observações Interdisciplinar					
1 paciente vítima de acidente de carro + moto com protutora fechada de T. braço + coxa esquerda e orientada via pública					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
		AE/TE		Condutor	

Versão: 27.11.2011



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
João Roberto Nepomuceno					
DIAGNOSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE			
Inf - TB (1) Tuberculose					
PREScrição Médica	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: / / HORA: :					
Doença grave - virulenta Sob: 5000g Reflexos 15 e 6/6 Alimentação 2 e 6/6 Tratamento 100% + 1000mg 19/03/20 Admissão 19 e 20/03 CCG e SSV					

MÉDICO/CRM:

Dr. Alexandre Ramon de Freitas Mele
Matr. 04746
CONFERE COM O ORIGINAL

Laudo 15/19/2020
Tuberculose e
CM-27-2020

Mod: 007





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES** (Prontuário:
Endereço: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1987 Idade: 31a5m10d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 695074
Requisição: 894654 Solicitação: 23/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109476 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 23/11/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES** (Prontuário:
Endereço: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1987 Idade: 31a5m10d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 695074
Requisição: 894654 Solicitação: 23/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109475 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 23/11/2018

PERNA DIREITA

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

- Fraturas completas recentes desalinhadas na diáfise da tíbia e fíbula.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES** (Prontuário:
Endereço: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1987 Idade: 31a5m10d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 695074
Requisição: 894654 Solicitação: 23/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109475 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 23/11/2018

PERNA DIREITA

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

- Fraturas completas recentes desalinhadas na diáfise da tíbia e fíbula.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FECPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Patricia Virna Sales Leão
Matricula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES** (Prontuário:
Endereço: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1987 Idade: 31a6m13d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 227605
Requisição: 894760 Solicitação: 23/11/2018 Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO
Controle: 1109613 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 239 LEITO 264

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 23/11/2018

PERNA DIREITA

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

- Fraturas transversas completas recentes alinhadas na diáfise distal dos ossos da perna com presença de fixador externo na tíbia.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 12/02/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Patricia Viana Sales Leão
Matrícula: 627499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES** (Prontuário:
Endereço: **AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: **30/07/1987** Idade: **31a6m13d** Sexo: **Feminino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **227605**
Requisição: **894760** Solicitação: **23/11/2018** Solicitante: **RAUL RUBEN DE MACEDO NETO**
Controle: **1109613** Convênio: **S U S** CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 239 LEITO 264

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 23/11/2018

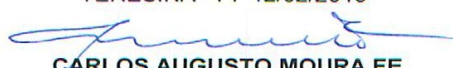
PERNA DIREITA

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

- Fraturas transversas completas recentes alinhadas na diáfise distal dos ossos da perna com presença de fixador externo na tíbia.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 12/02/2019


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável





Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

SOLICITAÇÃO DE PERMANÊNCIA MENOR

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Maria do Socorro dos Santos Nº PRONT.: 494958 Nº LAUDO: 227605

JUSTIFICATIVA

PACIENTE RESPONDEU DE FORMA SATISFATÓRIA AO
TRATAMENTO OFERTADO, COM MELHORA CLÍNICA
CONSIDERÁVEL.

DATA: / /

Dr. Marcos Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

Jane Simões Lima Dias de Souza
Matrícula: 047467
SUSME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

AUDITOR

160119

Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 17026395120001

AUDITOR

DATA: / /

ASSINATURA DO AUDITOR



Rua: JPM. Tito, 1133 - Bairro Redenção,
TERESINA-PI - CEP: 64017-175.
FONE: 33 572 204-0008-05



86 3218-5199



diretoria@huta.ter.br

