



NOME DO PACIENTE: MARIA DO SOCORRO GONÇALVES

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 507 143

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 URGENCIA DE TERESINA - HUT

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

COLETIM DE ENTRADA (BE)

DOS DO PACIENTE:

NHEOg100100,00

Imp: 31/03/2019 21:25:33
(User: SALUSTIANO)
(Estação: ESTABILIZACAO)

Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES

Frontuário: 507143

Mae: URCULA SIMAO DE SOUSA

Pai: JOSE GONCALVES MOREIRA

End. Resid.: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a1m28d Sexo: Feminino Fone: 86-99536-2517

Responsável: FRANCISCO WELLINGTON

CNS: 898002932011458

Profissão:

Documento: RG: 2046657 - PI

Instrução: Não informado

E.Civil: Solteiro(a)

DOS DO ATENDIMENTO:

Nº: 714877 Entrada: 31/03/2019 21:04:00 Convênio: S U S Proced: 0301060061

Fuso da Procura

Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)

Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

nal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido

eve História Clas. Risco:

SVV: (Hora: :)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m² Pulso: bmp Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU - ATROPELAMENTO - APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MID : TRAUMA FACIAL .

CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA.

PILAS ISOCORICAS E FOTO +

ACP FISIOLOGICA

ABD FLACDIO SEM ESCORIAÇÕES, INDOLOR A PALPAÇÃO

PA 125/60 FC 70 SPO2 100 FR 12

PWE

Agostico Inicial:

CID:

xames Complementares:

(1184387) - ANGIO TC DE CRANIO 5/18/20

+ TC crano/angio supraor/par
RX M&.

(1184388) - T.C. DE FACE

(1184389) - T.C. DE COLUNA CERVICAL

Prescrição Médica:

FISIOLOGICO 0.9 1000 ML IIV AGORA

O2 CATETER NASAL 4L/MIN

VALIAÇÃO - CIR GERAL/ NEUROCIRURGIA/ ORTOPEDIA/ BUCO MAXILO

CD: AOCG

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: : :

Cadastrado: 31/03/2019 21:25:30

Assinatura Paciente ou Responsável

SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
3912 Em: 31/03/2019 21:25:30

Cirurgia Gen. 33/03/19. 21:45

Vítima de Atropelamento.

Abdome flácido, desvascularizado, indolor.
Esquerda, MVR bilateral.

TC torax e Abdome normais.

Alto de circunferência aerada.

A entopatia (fratura exposta) ~~intervenção~~

Dr. Mauro P. M. V. S.
Cirurgia Geral / Endocrinologia / Urologia
CRM-MG 12327

Pele ressecada: 3/03/19

Vitória de Atropelamento

6515, M/F

TC de coxa: normal

TC de coxa dianteira: 81 mmHg de pressão

TC de coxa esquerda: 81 mmHg de pressão
Alto de membrana

1/4/2019 (Varônico)

Dr. João Alfredo
Cirurgia Vascular e Endovenosa
Angiologia e Endovascular

Avulsão Interooperativa

Fratura exposta P/te - proximal cl. deslizante na
perna D.

for trânsito PS 20 x 40 mmHg. FC 75 bpm

Assim - de varônico no p/º: perfurado um p/º devar.

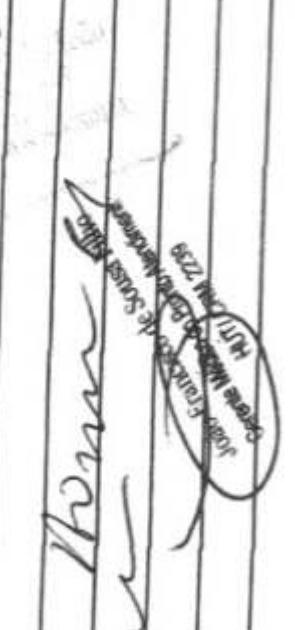
Pulso popliteo +3/+3. Pulso distais não palpáveis.

Imobilizar o/ bon aspecto, rompeu.

Armazém de sangue: status importante.

Armazém de sangue: status melhor hemodiluição

Dr. João Alfredo
Cirurgia Vascular e Endovenosa
Angiologia e Endovascular

NOME DO PACIENTE Márcia Socorro Gracilhes	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT:	LEITO	DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE
						ALERGIAS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA						OBSERVAÇÕES	
DATA: 24/06/19	HORA:		HORÁRIO				
concreta:							
1. Dopta oral livre							
2. Dipirona 500mg 1cp VO 6/6 horas	12	18	24	00			
3. Ranitidina 150mg 1cp VO 1a/12 horas	12	24					
4. Enzocaprina 40mg 1amp SC, 1x/semana							
5. Norfene 10mg 1cp VO 30 min. antes do lactuço	12						
6. Cetecor fssw							
							

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

238773

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **MARIA SOCORRO GONCALVES**6 - Prontuário: **507143**7-CNS: **898002932011458**8-Nascimento: **03/02/1948**9-Sexo: **Feminino**RG: **2046657 - PI**11-Mae: **URCULA SIMAO DE SOUSA**12-Fone: **86-99536-2517**13-Resp: **FRANCISCO WELLINGTON**14-Cor: **Sem Informação**15-Ender: **QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010**16- Unic: **TERESINA**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010**

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Palore Max

21 - Condições que justificam a internação:

A dor

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

23-Diagnóstico Inicial:

Transtornos superficiais múltiplos não especificados

24-CID Prim:

T009

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: **0413040178** 27-Procedimento Solicitado:**TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA**

Tempo SUS

3

29-Clinica:

30-Caráter: **Ident.: 02****01****CPF****787.098.575-91****Dr. Ricardo Valenca****C- pediatra - Traumatologista****CRM: 1756 - CRGP: 1306 - Med. Sol. (CRM)**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

10/05/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

II-Série:

37- () Acidente Trabalho Tipico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

II-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZACAO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento: 49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - ASSINATURA Paciente ou Responsável:

Usuário: **(MLENIA FREIRE)**Consulta Local: **714877**

Consulta SUS:

Impressão: **10/05/2019 17:02:22**

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 10/08

NOME DO PACIENTE:	<u>Marcelo Saldo</u>	DOCUMENTO Nº:	<u>507143</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Fractura Perna P</u>	CIRURGIA:	<u>L. M.C</u>
ANESTESIA:	<u>Dr. ALYNE</u>	Nº DA SALA:	<u>09</u>
CIRURGIANO:	<u>Dr. RICARDO</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>ACADEMICO</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>RAQUE</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>ANA GLAYDES</u>	CPF Nº:	

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	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	50		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	70		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
SCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	07	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	01		ESINVAS	—	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				MURIN		—	06
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				CREPOM		—	03
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				SULFA DE AZINA		—	80
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				FABÍOLA LUCIANA			



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: Maria Socorro Gonçalves		Prontuário:	Data: 10.05.19
Sexo: () Masc. (x) Fem.	Idade: 71	Peso:	Altura:
Procedimento (s) proposto (s): LMC de punho D		Apto?	() Sim () Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardíocirculatórias	() Sim	() Não
2 - Patologias respiratórias	() Sim	() Não
3 - Antecedentes patológicos	() Sim	() Não
4 - Convulsão	() Sim	() Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	(x) Sim	() Não
6 - Ansustão sanguínea	() Sim	() Não
7 - Iso de medicação	() Sim	() Não
8 - Alergia	() Sim	() Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	() Sim	() Não

Jugular OK
Ar. cardíaca regular em repouso

EXAME FÍSICO

PA: 118 x 73	P脉: 95 () arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	() Normal	() Alterado:
2. Cardiovascular	() Normal	() Alterado:
3. Neurológico	() Normal	() Alterado:
4. Abdome	() Normal	() Alterado:
5. Vias aéreas	() Possível VAD	
extremidades	() Normal	() Alterado:

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	9,4	TP / RNI	Uréia	23
HT	29,8	TTPa	Creatinina	0,7
Plaquetas	572.000	Glicemia	RX Tórax	

ECG:

ECO:

BB

ASA: II Anestesia proposta: () Geral (x) Outro: Ra gasa

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

Dra. Ana Lígia Lima Melo
Médica Anestesiologista
CRM 7127

CRM:

MOD. 076 - HUT



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Mario Sobral (adagio)
M. (60p. M. 9 (M. 9)

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestésico(a)

data da Operação

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

1º Assistente

ACADÉMICA

3º Assistente

Anestesista RAQUE

Anestesia RAQUE

100519 Início 16:00

Fim 16:40

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

Aberto 3m de arco
esquerdo colo (op)
colo. Coroa
aberto & rotos &
coroa de ferro & exp
an voo
cada /

M. Ricardo Valenca
Médico - Traumatologista
CRM-PI 1005 TEOF 1005



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: <u>Maria Covino Gonçalves</u>	Salas: <u>09</u>	Alergia: <u>✓</u>	Data: <u>20.05.19</u>
Procedimento: <u>LNC perna D</u>	Cirurgião: <u>Dr. Ricardo</u>	Observações:	

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Isupi Prede	mg	10											
2 Cisapropíng	g	2											
3 Dexametasona	mg		8										
4 Dipirona	g		2										
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volátil	%												

Acesso Vascular

- Periférico M5.1
 Cat. Venoso nº 1 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
 Raquianestesia
 Peridural
 Bloqueio Periférico
 Outros

Decúbito: Decubito

SPO2 (%)	94	99	98										
ETCO2 (mmHg)													
Aces. Venoso													
Aces. Venoso													
Diurese													
Perdas Sanguíneas													

Descrição da Anestesia: Puncat subaracnóide no técnico aseptico, mediane L3/L4, sínica e atraumática, com retorno da visão clara, e quixes à injusão do anestésico. Agudos curtos e r.º.

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE _____

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO		
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATORÍO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES		ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO			FÍSICOS				
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			APLICADO AS		EFEITOS		
			TOTAL DE DOSES				
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3						
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	36	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO						SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES							

REQUISIÇÃO DE PARECER

NAME	<i>Maria Ido Sacono Gonçalves</i>	PRONTUÁRIO	<i>507 143</i>
DA CLÍNICA	<i>Ortopedus</i>	LEITO	<i>2381259</i>
À CLÍNICA	<i>BHIC</i>		

MOTIVO DA CONSULTA

fractura BOC.

Dr. Ricardo Valenca
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEC: 11306
tel: (86) 98584-0561

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

DATA: _____

PARECER

Paciente vítima de Trauma em face. Ao exame clínico paciente apresenta fratura de um segmento de condilo mandibular direito, luxação de dentino bucal após o trauma.

As imagens do paciente apresentam fratura de condilo direito com luxação do eixo condilar. Conduta: Tratamento conservador e encaminhamento ambulatorial. Alto do buco-máximo.

Dr. Wesley Lima Andrade
Especialista em Ortopedia
Orto Maxilo Facial
CRM-4033 PI

→ SIC

04/04/2013

DATA: _____

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALARR
203628

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	238601

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES	6 - Prontuário: 507143		
7-CNS: 898002932011458	8-Nascimento: 03/02/1948	9-Sexo: Feminino	RG: 2046657 - PI
11-Mãe: URCULA SIMAO DE SOUSA			12-Fone: 86-99536-2517
13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON			14-Cor: Sem Informação
15-Ender: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010			
16-Nunic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

- Infecção em perna D

21 - Condições que justificam a internação:

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

3-Diagnóstico Inicial:

Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

24-CID Prin: **T009** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0413040178 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

Tempo 5

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 787.098.575-9133-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:
RICARDO SOARES VALENÇA 04/05/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBO:
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

24/06/19

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

Caíco Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria DCA/PIAS
CRM-PI 1029-CPF: 701.000-57-8
CNAE 2000/2001/2002

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*Guilherme Soares*usuário: **(FERNANDACASTRO)**

Consulta Local: 714877

Consulta SUS:

Data: 06/06/2019 00:22:20

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 283628

AIH: 2219100353789

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	MARIA SOCORRO GONCALVES		03/02/1948	F	507143
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		URCULA SIMAO DE SOUSA	FRANCISCO WELLINGTON		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
64000010	QD 06 CS 07		S/N		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
ESPLANADA			TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

INFEÇÃO DE Perna D

CONDICIONES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

T09 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/(Nº DO CONSELHO))

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

04/05/2019

DURVAL TERCIO NUNES LEAL

DATA ADMISSÃO
04/05/2019 09:00DATA ALTA
10/05/2019 17:02

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERACAO

CPF: 34217738315

CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIA
CPF: 88623442300

CRM:

DATA ANÁLISE: 09/06/2019 08:53:37

CRM:

DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Maria Socorro Gonçalves Nº PRONT.: 507143 Nº LAUDO: 331603

- ALTA HOSPITALAR
- PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
- PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
- PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
- TRANSFERÊNCIA
- EVAISÃO
- ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO



Assassin Sérgio Lou Teixeira
CRM - 3131
Dra. Técnico - HUT

DATA: 01/05/19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Maria do Socorro GonçalvesIDADE 71 anosDATA 04/05/2019HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 40 min TIPO DE ANESTESIA(GERAL VRAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA Lne de MDPCIRURGIÃO J. Freitas

SINAIS VITAIS	HORÁRIO				
	ADMISSÃO	11:00	12:30	13:00	SAIDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	74 x 46	84 x 46	96 x 61	107 x 60	112 x 59
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	73	72	62	58	54
SATURAÇÃO DE O2 (%)	97%	98%	98%	98%	98%
TEMPERATURA AXILAR (0°C)	-	-	-	-	-
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	-	-	-	-	-
NOME/ MATRÍCULA	Anunciada				

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK

TIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	ADMISSÃO	2	2	2	2	SAIDA
ESPIRAÇÃO	Movimenta dois membros	1	0	2	2	2	2	2
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0		0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	2	2	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1		1	1	1	1	1
CONSCIÊNCIA	Tem apneia	0	0	0	0	0	0	0
	PA em 20% do nível pré-anestésico	2		2	2	2	2	2
SATURAÇÃO O2	PA em 20-49% do nível anestésico	1	0	1	1	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0		0	0	0	0	0
ESCALA DE DOR, ADMISSÃO	PA em 50% do nível anestésico	0	2	2	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1		1	1	1	1	1
ESCALA DE DOR, SAIDA	PA em 20% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0	0	0
	PA em 50% do nível anestésico	0		0	0	0	0	0
TOTAL		67	Jairo Francisco de M. Freitas ENFERMEIRO COREN-PI 15739					10
ASS.								

() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.
hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

10:40 - Admitida em RPA no PÓ de Lne de MDP.
Consciente, desorientada, expira, parar ar ambiente, sem sinal de
Q.I. (dúvidas transientes hipotensas)

Jairo Francisco de M. Freitas
ENFERMEIRO
COREN-PI 15739

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Ribeiro Barreto de Oliveira
MÉDICO
04/05/2019

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] MORT [] NEU [] CIR [] MÉD

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04/05/19

NOME DO PACIENTE:		Maria do Socorro Gonçalves	PONTUÁRIO Nº:	507143
DIAGNÓSTICO:	Hiran Meneses dos Santos CRM 1072 CPF: 014.546.123-49		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Dr. Hiran CDR/ANEST-PI		Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:			CPF Nº:	
AUXILIAR:			CPF Nº:	
ANESTESIA:	Ricelly		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Benedita		CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7,0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	150		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE NR vermelho	UNID.	0,3		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			elétrico	1	05	

FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				
ALCOFIL				
MONONYLON	2-0	02		
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:
VICRYL				CIRCULANTE: Benedicta
PROLENE				



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesísc(a)

Data da Operação

Ulganóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Dr. Ricardo Valenço
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 TEOF: 11305

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

HUT

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			Nº DE REGISTRO		
Márcia Sampaio Gonçalves					507443		
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
05/11							
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS	
TOTAL DE DOSES							
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3						
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	C°	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO	38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS	09:45 10:45						
TÉCNICAS						DURAÇÃO	
OPERAÇÕES						INCIDENTE - ACIDENTE	
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

213237

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856Código c
Internac4-CNES
5828856

2404

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES

6 - Prontuário: 507143

7-CNS: 898002932011458 8-Nascimento: 03/02/1948 9-Sexo: Feminino

RG: 2046657 - PI

11-Mae: URCULA SIMAO DE SOUSA

12-Fone: 86-99536-251

13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON

14-Cor: Sem Informaç

15-Ender: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

Perdi de sentimento em perna e pé D.R.D.

21 - Condições que justificam a internação:

AS ALIM

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
ANAMSESE + EX. FÍSICO

23-Diagnóstico Inicial:

Outras afecções especificadas da pele e do tecido subcutâneo

24-CID Prim:
L98825-CID Sec.:
L98826-CID C. Ass.:
L988-Cod. Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0401020029 EXERETO DÉRMO-EPIDÉRMICO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tempo SU

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 657.421.173-53Dr. Márcio R. A. Passos,
Ortopedista Plástico
CRM - 341633-Nome Profissional Solicitante/Assistente:
MARCIO REGO DE ALMEIDA PASSOS

34-Data Solicitação:

05/06/2019

35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

37-() Acidente Trabalho Típico

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

46 - Nome do PROFISSIONAL Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

30/07/19

Césio Pires Ferreira Filho
Assessor de Autônia CRM/FPI
CRM-PI 1639-CPF 6550337-8
CRN 200204099304

48-Documento:

()CNS ()CPF

49-Num. Documento:

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Ronaldo Ferreira

Usuário: (VALDENICE MENDES)
Consulta Local: 714#77
Consulta: 714#77

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

Nº LAUDO: 213237

AIH: 2219100438380

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

MARIA SOCORRO GONCALVES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NASCIMENTO

03/02/1948

SEXO

F

PRONTUÁRIO

507143

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

URCULA SIMAO DE SOUSA

RESPONSÁVEL

FRANCISCO WELLINGTON

CEP

ENDERECO - LOGRADOURO

64000010

QD 06 CS 07

NUMERO / LOTE

S/N

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

ESPLANADA

PI

ESPLANADA

</



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Mário Soares Góes		
Diagnóstico pré-operatório	Perda de Subcutâneo na M.D		
Operação - Tipo	Dr. Márcio R. A. Passos Enxerto de Pele Panvel		
Cirurgião	Cirurgião Plástico CRM-3416	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	05/06/10	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	<p>1º dia</p>		
Relatório Imediato do Patologista	<p>Patologista</p>		
Acidente Durante a Operação	<p>—</p>		
<p>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p>			
<p>Aspirado e Antespirado</p>			
<p>Retirada de Pele panvel clássica da M.D com Retângulo grande</p>			
<p>Desbordando da pele M.D</p>			
<p>Retirada</p>			
<p>Colocando de pele panvel (Enxerto) com prego com</p>			
<p>pôrto nylon 4-0.</p>			
<p>Curativo</p>			
<p>Dr. Márcio R.A. Passos Cirurgião Plástico CRM-3416</p>			



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03/06/19

NOME DO PACIENTE: <i>Maria Sônia Góes</i>		PRONTUÁRIO Nº: 507143
DIAGNÓSTICO: <i>Parto de Síndrome</i>		CIRURGIA: <i>Exxézio de pélvis</i>
ANESTESIA:	<i>Principi</i>	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO:	<i>Ant. Pinho</i> Dr. <i>Márcio R. A. Passos</i> Cirurgião Plástico CRM - 3116	CPF Nº: 637421773-0
AUXILIAR:		CPF Nº:
ANESTESIA:	<i>Dra. Antônio Góes</i>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	<i>Selenes</i>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 615, 700 e 715	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 810 e 815	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	90	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	03	
JELCO Nº	UNID.	03		<i>Crepar</i>	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Pronto</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>Pronto</i>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<i>Pronto</i>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<i>Pronto</i>			
ALCOFIL				<i>Pronto</i>			
MONONYLON	4-0	08		<i>Pronto</i>			
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <i>Kleinie</i>			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Crescim</i>			
PROLENE							



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: MARIA SOCARRO GONÇALVES. Saída: 08 Alergia: Nega Data: 05/06/19
Procedimento: ENXERTO DE PELE PARCIAL Cirurgião: MÁRCIO PASSOS Observações: —

Agente	Unid	0'	15	30	45	0'	15	30	45	0'	15	30	45	0'	15	30	45
1. Sufentanil i.v. subfaringea	Tong																
2. Fentanil	Tong																
3. Morfina	60ug																
4. Propofol TCI 0,7mg/ml																	
5. Cetadolina	1g																
6. Ralitidina	50ug																
7. Dexametasona	4ug																
8. Dipirona	1g																
9. Ondansetrona	4ug																
10. Eptafuna	10ug																
11.																	
12.																	
13.																	
Arterial	3,0																
AR/N2O																	
Volatile	%																

Acesso Vascular

- Periférico MCE
Cat. Venoso nº 20 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
 Raquianestesia
○ Peridural
○ Bloqueio Periférico
○ Outros

Decíbito: 1000 ml

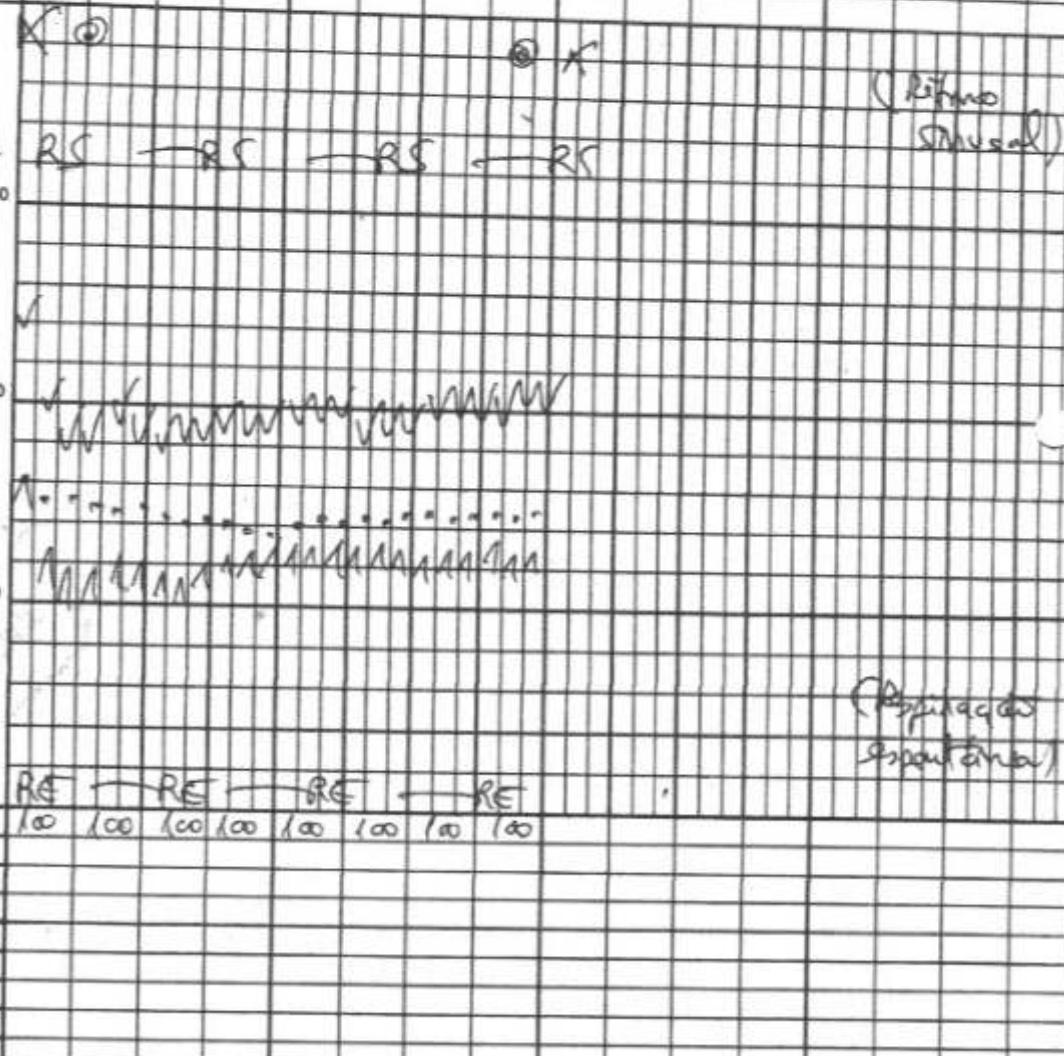
SPO2 (%)	100	100	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)							

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas



Descrição da Anestesia: Asfisia + antisepse + bloqueio sub-arcuárdico (BSA) L3-L4; punçô para mediana intra c/ agulha 26g; LSC (impido), 1/1 interconexões.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856

Código da Internação:

4-CNES
5828856

236063

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES

6 - Prontuário: 507143

7-CNS: 898002932011458

8-Nascimento: 03/02/1948

9-Sexo: Feminino

RG: 2046657 - PI

11-Mae: URCULA SIMAO DE SOUSA

12-Fone: 86-99536-2517

13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Vítima de Atropel. Lesão exposta
 Palpação muito dolorosa glaucomia

21 - Condições que justificam a internação:

Via para o colo Fratura exposta +
 Deslocamento não palpável perolado + P

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

S/

-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID Terce.

27-Procedimento Solicitado:

0415030013

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

Tempo: 000

9999

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

003.695.133-12

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS

31/03/2019

35-Ass. Carimbo: MED. 31.12.19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-SCOK:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizado:

47-Data Autorização:

Dr. Carlos Antônio Almeida
ASSESSOR DE AURTO
CRM/PI/1666 - CPF: 07.513.915-00
CNS: 98001400003652

48-Documento:

49-Num. Documento:

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

X bácia Perícia dos Santos

Usuário: (SOLIMAR BRITO)
Consulta Local: 1400
Consulta Piso:

LAURO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	236063

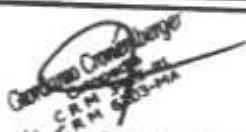
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES	6 - Prontuário: 507343
7-CNS: 898002932011458	8-Nascimento: 03/02/1948
9-Sexo: Feminino	10-CPF:
11-Mae: URCULA SIMAO DE SOUSA	12-Fone: 86-99536-2517
13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON	14-Fone: 86-99536-2517
15-Ender: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010	16-Munic: TERESINA
17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	6 - Prontuário: 507343
31-Cod.Procedimento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli-cidata: 1

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável: ANDRÉ LEAL DE VASCONVÉLOS	40-Tp. Documento: CPF	 41-Ass. Carimbo Med. Sub. (Rg. Conselho)
39-Data Solicitação: 01/04/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 003.695.133-12	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura ext. da tibia

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria 	51-Data Autorização: 16/5/19	52-CNS/CPF:  53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho) (SOLIMARA BRITTO)
---	--	--



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Mara Socorro Gonçalves	
Diagnóstico pré-operatório	Fratura exposta fêmur proximal com deslocamento parcial	
Operação - Tipo	C1 Fratura exposta do fêmur (LMC + Fixador externo)	
Cirurgião	André	1º Assistente Gerson
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Inicio	Fim
T Diagnóstico Pós-operatório	04/04/05 17:48 - 1009 04/04/05 20:50 - 5822 Fixador	
Relatório Imediato do Patologista	Obj: Sobrevida com Visceral no ccc	
Acidente Durante a Operação		

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

- 1) PAC em decubitus dorsal sob anestesia +
Aposição de colpos estéril
- 2) Abordagem na parte do C1 LMC + Destruindo +
FE + sutura (obs grande pede over +
Deslocamento de ossos)
- 3) Sutura + Purificação com clorex
na perna direita
- 4) Fecho LMC na mola + Sutura

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: Maria Socorro Gonçalves Nº PRONT.: 507143 Nº LAUDO: 236063

- ALTA HOSPITALAR
 PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
 PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
 PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
 PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
 PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
 TRANSFERÊNCIA
 EVASÃO
 ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO



Dr. Sérgio Lai Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

DATA: 12/04/14

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRRB

NOME Mano do Socorro Gonçalves IDADE anos DATA 01/04/2011
HORÁRIO DE ADMISSÃO 01 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA (GERAL (RAQUE (BLOQUEIO (PERIDURAL (SEDAÇÃO
CIRURGIA REALIZADA

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		CIRURGIÃO
	ADMISSÃO	SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	183 / 93	07:16	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	88	100 / 60	102S x 55
SATURAÇÃO DE O2 (%)	97	90	95
TEMPERATURA AXILAR (°C)		95 +	94
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		Coutinho 2017-07-18	
NOME/ MATRÍCULA	Alvarez		

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

Mr. Appel & Coutinho
Correia 2017 - EBC

ÍNDICE DE ALARME DE KROLIK		M10 COREN	ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS			
	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0  1  2  3  4  5 	TOTAL	Ass.	10
ESCALA DE DOR ALTA	0  1  2  3  4  5 			

()SONDA VESICAL		()DRENO DE SUCÇÃO		()DRENO TORACICO		()DVE		()COLOSTOMIA		SONDA ()NASOG()NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL			
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL			

01:25 Admitida no PDS de tratamento cirúrgico de fratura de falange + fratura de tibia, sonolenta, com hematoma facial à direita na região do olho direito, respirando espontaneamente, saturando 97%. PBM curvo há tempo, em hidratação parenteral. F. 100g

07:25 Pde. recebida p/ Vassouras pol. ext. da
biquinaria, rebida e encaminhada ao
destitucão. 

08:40 volta^{com} da SEPA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Amanda Comes Vale Andrade
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 4981
ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] ~~IMAGENS E GRÁFICOS~~ []

POSTO: [11] [12] [13] | EMERGÊNCIA: PED. [101] | IRED. [100] | INEUBC. [100] | ICERBAL. [100] | IQUEIM. [100] | CLÍNICA. [100] | LIDER. [100] | TOTAL. [100] | INTEL. [100] | INTR.

FOLHA DE ANESTESIA

Flans



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
31/03/19	140/70	94				

EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
------------------	---------------	--------------	----------------	--------------	----------	------------

EXAMES DE URINA

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	ECG am 27.		ELETROCARDIOGRAMA
SISTEMA CIRCULATÓRIO			ASMA BRONQUITE

SISTEMA DIGESTIVO	SISTEMA URINÁRIO
-------------------	------------------

ESTADO MENTAL	CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
---------------	-------------	------------	--------

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	fractura - Egostr tib D	FÍSICO	1984 5/6
----------------------------	-------------------------	--------	----------

PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	APLICADO AS	EFEITOS
-------------------------------	-------------	---------

	88.20 0.20 1.20	TOTAL DE DOSES
--	-----------------	----------------

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	5 lts.	11 APR - Jelco 18
	1		
	2		
	3		

LÍQUIDOS	SO-UTO 500	500	21 Monofluorog
	400		
	SANGUE 300	300	37 PLAA 136
	200	200	
	OUTROS 100	100	

TEMPERATURA T	280	99.1	98.7	
	240			

P. ARTERIAL	260	99.1	98.7	
	240			

V	200			
	180			

O	160			
	140			

PULSO	120			
	100			

INÍCIO E FIM ANESTESIA X	80			
	60			

INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	40			
	20			

RESPIRAÇÃO O	10			

SÍMBOLOS				DURAÇÃO
----------	--	--	--	---------

TÉCNICAS	Laringoscopia : Plm 66			INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES	Tmf. amygda lata tib			LCR lata angulo 205

CIRURGIÕES				
------------	--	--	--	--

ANESTESISTAS	Nelson			CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS
--------------	--------	--	--	------------------------------------

PARTICULARIDADES	N.R.S.			
------------------	--------	--	--	--

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

199805

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

236872

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES

6 - Prontuário: 507143

7-CNS: 898002932011458

8-Nascimento: 03/02/1948

9-Sexo: Feminino

RG: 2046657 - PI

11-Mãe: URCULA SIMAO DE SOUSA

12-Fone: 86-99536-2517

-Resp: FRANCISCO WELLINGTON

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fratura exposta grande
área, com perda óssea
de partes visíveis.

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tibia

24-CID Prim:

25-CID Sec:

26-CID C.ass.:

5822

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

SUS

4

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 342.177.383-15

Dr. MECO
MECO
CRM-PI
CRM-PI
CRM-PI

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:

DURVAL TERCIO NUNES LEAL

12/04/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

28106169

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Autorização (PRAFMS
CRM-PI 103-CPF 10.553.520-8
CRM-PI 20160240971-1

48-Documento:

49-Num. Documento:

()CNS ()CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Guilherme Andrade

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)

Consulta Local: 714877

Consulta SUS:

Consulta SUS:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

Nº LAUDO: 199805

AIH: 2219100283114

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

MARIA SOCORRO GONCALVES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NASCIMENTO

03/02/1948

F

507143

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

RESPONSÁVEL

FRANCISCO WELLINGTON

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

64000010

QD 06 CS 07

SN

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

ESPLANADA

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE TIBIA L.M.C.+FIXAÇÃO EXTERNA DE TIBIA. PERDA OSSEIA E PARTES MOLES

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO

CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

DURVAL TERCIO NUNES LEAL

CPF: 34217738315

CRM:

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

12/04/2019

DATA ADMISSÃO

12/04/2019 09:00

DATA ALTA

20/04/2019 10:17

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CELSO FREIRE FERREIRA FILHO
CPF: 763633791

CRM:

DATA ANALISE: 26/04/2019 09:45:00

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 288088

AIH: 2219100354075

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUARIO
	MARIA SOCORRO GONCALVES		03/02/1948	F	507143
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSAVEL	
			URCULA SIMAO DE SOUSA	FRANCISCO WELLINGTON	
CEP		ENDEREÇO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE	
64000010		QD 06 CS 07		S/N	
BAIRRO		COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
ESPLANADA			TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE TIBIA L.M.C.+FIXAÇÃO EXTERNA DE TIBIA, PERDA ÓSSEA E PARTES MOLES

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNOSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARATER
URGÊNCIA

DURVAL TERCIO NUNES LEAL

DATA ADMISSÃO
20/04/2019 10:17

CPF: 34217738315

CRM:

DATA SOLICITAÇÃO
20/04/2019

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 096125442300 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 09/06/2019 08:53:22 CPF CRM DATA ANÁLISE
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Maria Sônia Gonçalves</u>		IDADE <u>anos</u>	DATA <u>10/10/2019</u>			
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>11 hs 55 min</u>		TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO				
CIRURGIA REALIZADA <u>Lme fnt de fibra</u>			CIRURGIÃO			
SINAIS VITAIS	ADMISSÃO		HORÁRIO			
	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>99/59</u>		SADA <u>122/66</u>		
	FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>81</u>		SADA <u>85</u>		
	SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>		SADA <u>98</u>		
	TEMPERATURA AXILAR (O° C)					
	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/ MATRÍCULA <u>6101</u>		Cirurgião <u>Elaine</u>				
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK						
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	ADMISSÃO	2	SAIDA	
	Movimenta dois membros	1	1	1	1	
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1	
	Tem apneia	0	0	0	0	
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	
	Desperta, se solicitado	1	1	1	1	
	Não responde	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	
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0	
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4	
ESCALA DE DOR ALTA	0	1	2	3	4	
					TOTAL <u>OP</u>	
					ASS. <u>Jairo Francisco de M. Freitas</u>	
SONDA VESICAL		() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA: () NASOG () NASOE
14 hs	300 mL	hs	mL	hs	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

11:55 - Admitida em RPA no po. de lme
se fractura de fibra. Consiente, orientado, sob
ejet de náquicentro, cypus, elgo, nqptos

Jairo Francisco de M. Freitas
ENFERMEIRO
CRN-15391

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

Adm. de R. S. de C. M.
MESES
CRM-15391
ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO: [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Maria Socorro Gonçalves

Diagnóstico pré-operatório

infarto (2)

Operação - Tipo

J.M.C

Cirurgião

Darval Secip (2)

2º Assistente

1º Assistente

Estudante

Instrumentador(a)

Fabrônio

Anestesista

Níspor

Anestesia

Roque

Anestésico(a)

Data da Operação

20/04/19

Inicio

10:45

Fim

12:40

Diagnóstico Pós-operatório

infarto (2)

Relatório Imediato do Patologista

— U

Acidente Durante a Operação

VP

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

retirada los tecos
axilares + supraesternal (2)
cavecto (2), veia
frente (2) (sutura crito)

Darval Tercio Nunes Leal
DIRETOR DE CLÍNICA
DIRETOR DE ANATOMIA PATOLÓGICA
DIRETOR DE ENFERMAGEM



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20, 04, 19NOME DO PACIENTE: M. Socorro Gonçalves PRONTUÁRIO Nº: 507 443DIAGNÓSTICO: L. M. C CIRURGIA:ANESTESIA: Raque N.º DA SALA: 06CIRURGIÃO: Renal Ercio CPF Nº: 123.456.789-00AUXILIAR: Budanke CPF Nº: 123.456.789-00ANESTESIA: Nippon CPF Nº: 123.456.789-00INSTRUMENTADORA: Fabriola CPF Nº: 123.456.789-00

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	24	UNID.	02
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº	710	PAR	03
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº	715	PAR	02
AGULHA RAQUE	25	01		LUVA DE PROCEDIMENTO		PAR	04
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE		ML	200
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO		ML	100
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA		ML	—
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC		UNID.	01
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC		UNID.	01
SPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC		UNID.	01
SCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC		UNID.	—
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	500ml	RASCO	06
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL		UNID.	
JELCO N°	20	01		brava		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA		05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				elto do		02	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crepom		01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cateter 02			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOOL nylon 30	01						
MONONYLON 2.0	03						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	Guilherme		
PROLENE							

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

H.U.T

NOME DO PACIENTE		M. Socoero Gonçalves			Nº DE REGISTRO	
DATA	10/04/19	P. ARTERIAL	100/760	PULSO	91	507243
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	RESPIRAÇÃO	24	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE URINA						ALTURA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO	P. cr. em 27.			ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO	Infecto f. o. Perme D			FÍSICOS ASA II		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
	1065 11.35			TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	5 litros 11 MP - Jelco 20				
	1					
	2					
	3					
LÍQUIDOS	SO-LUTO 500	2 monitorm 200				
	400					
	SANGUE 300	3) PLM 136				
	200					
	OUTROS 100					
TEMPERATURA T	260	Neow. 5% - 100%				
	240					
	220					
	200					
	180					
	160					
	140					
	120					
	100					
	80					
	60					
	40					
	20					
	10					
SÍMBOLOS				SEQUÊNCIA (100s)		
TÉCNICAS	Faziananestesia: PLM 136			1) Durant - 30 s		
OPERAÇÕES	L.R.C.			2) 200% - 3 s		
CIRURGIÕES	Bunal Coração			3) Glocalin 5%		
ANESTESISTAS	Nelson			4) Eptalox 5%		
PARTICULARIDADES				5) Eptalox 5%		
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						
Mod 76 - HUT						

MOD 76 - HUT

Dr. Nelson Ribeiro Soares
Médico Anestesiologista
CRM - PI 1899 / CRM - M-1446



LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a1m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937859 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184388 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURA NA BASE DA ÓRBITA DIREITA.
- HEMOSSINUS MAXILAR DIREITO.
- CÉLULAS ETMOIDAIAS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIAS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/03/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353
Profissional Responsável



LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a1m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937859 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184389 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES AXIAIS COM ESPESSURA DE 3 mm E INTERVALO DE 3 mm.

RELATÓRIO:

- ARTROSE CERVICAL.
- REDUÇÃO DIFUSA DOS ESPAÇOS DISCAIS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/03/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável





LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a1m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937859 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184390 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE PELVE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 5MM DE ESPESSURA E 5MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ÚTERO E ANEXOS DE VOLUME E CARACTERÍSTICAS NORMAIS PARA A FAIXA ETÁRIA DA PACIENTE.
- BEXIGA DE VOLUME NORMAL, PAREDES LISAS E CONTEÚDO HOMOGÊNEO.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS OU DE LÍQUIDO LIVRE INTRAPERITONEAL.
- ALCAS INTESTINAIS DE CALIBRE NORMAL NO SEGMENTO ESTUDADO.
- PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/03/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3216 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)

Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a2m0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877

Requisição: 937861 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO

Controle: 1184393 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 31/03/2019

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.

(Luis Cezar)

TERESINA - PI 03/04/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Professional Responsável



LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)

Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a2m0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877

Requisição: 937863 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO

Controle: 1184395 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- OPACIDADES HETEROGÊNEAS APICais.
- ATEROMATOSES PARIETAL CAROTÍDEA.
- TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COLAPSO PARCIAL DE CORPOS VERTEBRAIS TÓRACO-LOMBARES.
- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL OSSEIA.
- ARTROSE DORSAL.

(Luis Cezar)

TERESINA - PI 03/04/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)

Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a2m0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877

Requisição: 937863 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO

Controle: 1184396 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E PELVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- ATEROMATOSE PARIETAL AORTOILIACA.
- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- COLAPSO PARCIAL DE CORPOS VERTEBRAIS TÓRACO-LOMBARES.
- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL OSSEIA.
- ARTROSE LOMBAR.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 03/04/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

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 SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: **507143**)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a3m24d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937875 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184418 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 31/03/2019

MAO DIREITA

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

- Fratura completa recente na falange distal do 3º quirodáctilo.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/05/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-88 CRM PI 1341

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)

Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a6m13d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236063

Requisição: 937993 Solicitação: 01/04/2019 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS

Controle: 1184632 Convênio: SUS CLÍNICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 259

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 01/04/2019

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas na tibia e fibula proximais.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fraturas cominutivas na tibia e fibula proximais.
- Partes moles sem particularidades.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 16/08/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 191892

AIH: 2219100282905

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

MARIA SOCORRO GONCALVES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NASCIMENTO

03/02/1948

SEXO

F

PRONTUÁRIO

507143

DOCUMENTO

CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

RESPONSÁVEL

FRANCISCO WELLINGTON

CEP

ENDERECO

- LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

64000010

QD 06 CS 07

S/N

BAIRRO

ESPLANADA

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VITIMA DE ATROPELAMENTO COM LESÃO EXPOSTA DO POLEGAR MÃO DIREITA + LESÃO GRAVISSIMA NA Perna DIREITA COM FRATURA EXPOSTA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0415030011 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS

CPF: 00369513312

CRM:

DATA ADMISSÃO

31/03/2019 21:04

DATA ALTA

12/04/2019 09:00

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE | CNPJ SEGURADORA | N° DO BILHETE | SÉRIE | CNPJ DA EMPRESA | CNAE EMPRESA | CBOR | NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

AARAU CRUZ MENDES

CPF: 13178547304

CRM:

DATA ANÁLISE: 01/04/2019 01:24:51

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01,04,2019

NOME DO PACIENTE:	Maria Socorro Gonçalves PRONTUÁRIO Nº:		
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	Nº DA SALA:		
CIRURGIAO:	CPF Nº:		
AUXILIAR:	CPF Nº:		
ANESTESIA:	CPF Nº:		
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:		

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 75	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 80	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml FRASCO	09		
GASES	PAC.	05	+	SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—		S.F. 1.000 ml	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2,0		05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							



Braga & Braga

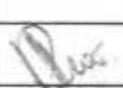
Importação e Exportação

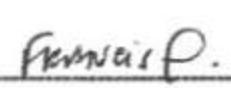
0348

00:30

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA	CNPJ:63607790000198		
FABRICANTE :	CNPJ:		
PACIENTE: Maria Socorro Gonçalves	Prontuário: 507143		
RG.HOSPITAL: HUT.	COD.SIG TAP:		
DATA: 01/10/2019	ALTA:	USADO:	
PROCEDIMENTO: Trat. Líbia (1)			
MEDICO: Dr. Giordano Cronenberg	CPF:	CRM:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOOME	MODELO	TIPO	Serie Lote
			QTD

01 Fixador Externo			01
<small>OTONOMITEC IND. E COM. LTDA RJ-0747000 Lote: 14P055252 FIXADOR LAY FIX CI BARRA 200 FIXADOR EXTERNO LAY FIX Registro ANVISA: 10222710096 Resp. Técnica: CARLOS M. NAKAMURA / CREA N. 000182673</small>		EXTERNO R 00070000	
			

Responsável Pelo Preenchimento:	
Data: 01/10/2019	
Responsável pela Farmácia	Responsável pelo Preenchimento

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO). DEMAIS, CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE

Documentos complementares:

Observações: LAUDO MÉDICO NA PÁG.1 INDICA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE 95%

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 inferiores	70 %	Em grau intenso - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MID). DEMAIS, CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO). DEMAIS, CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 inferiores	70 %	Em grau intenso - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **32000 39630**

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **MARÍA BLO SANTOS GONÇALVES**

CPF do beneficiário:

044492603-22

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (**0XX**)

Tel. Comercial: (**0XX**)

Tel. Residencial: (**0XX**)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe quais
documentos estão
sendo entregues:

- Novos documentos médicos
 Laudo do IML
 Boletim de Ocorrência
 Notas fiscais complementares
 Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**MINTA MÍTIS TURVAM A TIBIA D. FOI UMA FRATURA EXPOSTA
 FEZ CIRURGIA COM USO DE FIXADOR ATROPIOMA A PENNA PERDEU
 MASSA MUSCULAR, TECIDO FICOU DEFORMADA TEVE
 PERDA FUNCIONAL DE 85%. E MUITO GRAVE.**

Local e Data

Francisco Wellington Silva Góes

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todas as dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033433/20

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

CPF: 014.492.603-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/03/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Titular do CPF: MARIA SOCORRO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA SOCORRO GONCALVES : 014.492.603-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.117.474.0001/06 - IE: 199949974
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos, Cep 64089-040
Teresina - PI - ☎ 0800 223 2000 ou 155 / ☎ (86) 98124-3199

MATRÍCULA 23756837-3 FATURA Nº 150154494
MÊS / ANO 1/2020

NAME / ENDERECO
MORADOR NELLE ROZE SOARES MARQUES

AVE ANTONIO OLIVEIRA, 00462-GURUPI-TERESINA-PI-cep: 64091400

LOCALIZAÇÃO

007-00002-001800

GRUPO 007

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
A16F162496

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	UDC	FATURADO
12/2019	Lidro	25	35
11/2019	Lidro	25	35
10/2019	Lidro	26	34
09/2019	Lidro	24	34
08/2019	Lidro	41	41
07/2019	Lidro	19	18
06/2019	Lidro	22	22

DATA LEITURA
ANTERIOR 10/12/2019 1156
ATUAL 10/01/2020 1178

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS ANTERIOR

LEI 10.741/2003
PIS/PASEP 7,29% + 1,65% = 1,43
COFINS 99,20% + 7,62% = 7,83

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL		DESCRÍCION		DESCRÍCION DOS SERVIÇOS DA FATURA	
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)		VALOR REFERENTE ÁGUA - 99,20	REF.	VALOR	
10 3.0658 89		> Residencial-Normal	22,0 m3	99,20	
25 5.7120 89					
999999 9.8610 89					

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)

VENCIMENTO
22/01/2020

TOTAL A PAGAR

99,20

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAgem
A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE
MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento dessa fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Leis Federais nº. 11.455/2007, Art. 40, Inciso V e Art. 8.867/96, Art. 8º, §3º, Inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2994	2988	6	1,33	0,2-5,0 mg/l
COR-APARENTE	3255	3238	17	4,47	Inferior a 15
PH	2177	2142	35	6,81	6,00-9,50
TURBIDEZ	3258	3230	28	1,21	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1371	1371	0	Ausência	Ausente
	1371	1371	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 10/01/2020 HORA DA EMISSÃO: 08:55

VALDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO

2731866

1000

FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

100

**RAIMUNDA FERNANDES DO NASCIMENTO
RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO**

NATURALIDADE
TEBESINA - PI

DATA DE NASCIMENTO
22/09/1990

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO 185584 L 214 F 423
EXP. TERESINA PI 26/11/1990
040 853 583-08

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89,250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



VALID



ROSEANE DE SOUZA



Francisco Alcione Fernandes de Souza
- Francisco Alcione Fernandes de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Em caso de dúvida em algum lançamento em seu extrato mensal, ligue para nossa Central de Atendimento.

ATENDIMENTO A ASSOCIADOS

4020-1234 0800-707-1234 0800-591-2019
Imperatriz e capitais Demais Localidades Ouvidoria

Atendimento 24 horas

MELHORES DIAS PARA COMPRA

28 A 09

LIMITES DE CRÉDITO

PARCELADO = R\$ 3.795,00

ROTATIVO = R\$ 2.530,00

* O limite parcelado é composto do limite ROTATIVO acrescido de 50%. Este aumento é de uso exclusivo para compras PARCELADAS.

ENCARGOS

NO PERÍODO:
9.91 a.m.

MÁXIMOS PARA O PRÓXIMO PERÍODO:
10.91 a.m.

INDICOU, GANHOU!

Indique o cartão Credi-Shop a seus amigos e ganhe um brinde no preenchimento da proposta!

Seu código é: **TQY1D**

Associado

FRANCISCA ALANE FERNANDES DO

Número do Cartão

6031 36 **** 0140**

Vencimento

10.01.2020

Saldo Anterior

1.172,60

Créditos

-

Saldo restante

0,00

Débitos

+

Saldo Atual

1.668,90

R\$

1.668,90

Pagto Mínimo

1.370,00

OBRIGADO PELO PAGAMENTO DE R\$ 1.172,60

Página 1 de 2

DEMONSTRATIVO DE LANÇAMENTOS

Saldo Anterior

CRÉDITO

DÉBITO

91 - FRANCISCA NASCIMENTO

0140 13.06.2019 Ibyte - 20

Parcela 07/10

79,80

0140 14.08.2019 Fh Motos Peças

Parcela 04/04

46,25

0140 17.09.2019 Paraiso Baby Kids

Parcela 04/05

55,80

0140 22.09.2019 Armazém Paraíba - TES

Parcela 04/06

54,86

0140 16.10.2019 Casas Sampaio - Sets de Setembro

Parcela 03/03

299,68

0140 29.10.2019 O Boticário - Simplicio Mendes

Parcela 02/03

46,74

0140 29.10.2019 Belissima

Parcela 02/03

38,11

0140 31.10.2019 Iap Cosméticos - 40

Parcela 02/02

31,17

0140 29.11.2019 O Boticário - Simplicio Mendes

Parcela 01/02

40,90

0140 29.11.2019 Mix Mateus - 60

Parcela 01/03

169,44

0140 01.12.2019 Lider Mercantil

Parcela 01/03

28,14

0140 03.12.2019 Posto São Raimundo - 02

Parcela 01/02

44,98

0140 03.12.2019 Teresina Self-Service

Parcela 01/02

29,00

0140 03.12.2019 Shopinhó das Crianças

Parcela 01/02

62,50

0140 04.12.2019 Rei das Motos

Parcela 01/03

66,66

0140 07.12.2019 Tem Ótica

Parcela 01/03

38,00

0140 09.12.2019 Pagamento

172,60

0140 09.12.2019 Pagamento

1.000,00

Composição dos Encargos: Custos do financiamento/garantia/administração financeira: 9,91% a.m.

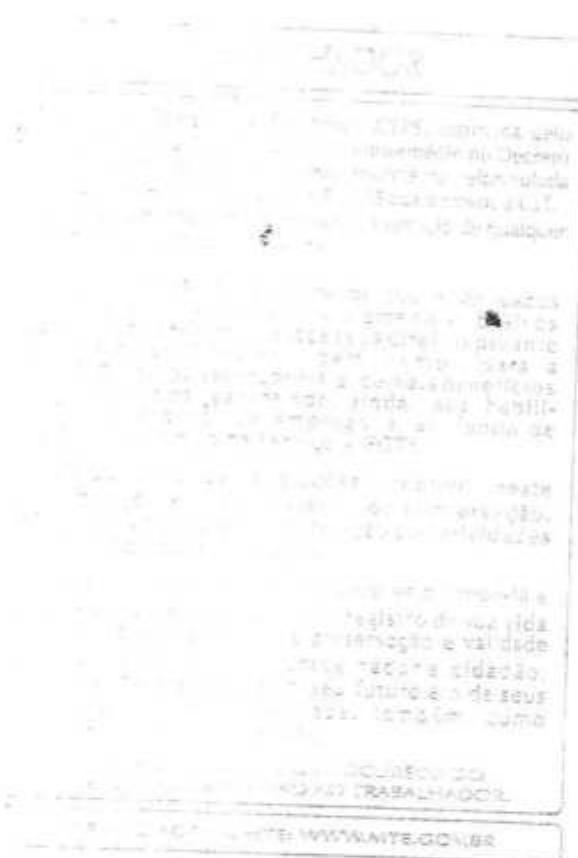
ESTA VIA NÃO PRECISA SER LEVADA AO BANCO

BANCO DO BRASIL	001-9	FICHA DE CAIXA	RECIBO DO CLIENTE
AGÊNCIA BENEFICIÁRIA CREDI-SHOP S/A	62.895.230/0001-13	VENCIMENTO 10.01.2020	Nº CARTÃO ASSOCIADO N/N VENCIMENTO SALDO ATUAL PAGAMENTO MÍNIMO
AGÊNCIA BENEFICIÁRIA 3434-7 / 006772-5	31765980004379734	DATA DO DOCUMENTO 23.01.2020	6031 36** **** 0140 FRANCISCA ALANE FERNANDES 31765980004379734 10.01.2020 1.668,90 1.370,00
VALOR DO DOCUMENTO 23161168130	1.668,90	VALOR PAGO R\$	VALOR PAGO R\$
Autenticação Mecânica no Verso			

BANCO DO BRASIL	001-9	00190.00009 03176.598005 04379.734173 1 0000000000000000	VENCIMENTO 10.01.2020
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU LOJAS DO PARAÍBA MESMO APÓS O VENCIMENTO			AGÊNCIA BENEFICIÁRIA 3434-7 / 006772-5
CREDI-SHOP S/A - Administradora de Cartões de Crédito			62.895.230/0001-13
DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO CARTÃO	TIPO DE CARTÃO	DATA DO PAGAMENTAMENTO
23.01.2020	6031 36** **** 0140	N	28.12.2019
VALOR DO DOCUMENTO	VALOR PAGO	VALOR COBRADO	VALOR MÍNIMO
17			1.668,90
INSTRUÇÕES			
1. PAGAMENTO MÍNIMO DE R\$ 1.370,00			
2. OS ENCARGOS DECORRENTES DO PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO DO EXTRATO SERÃO INCLUÍDOS NO PRÓXIMO EXTRATO MENSAL.			
3. PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO.			
FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO R REGENERACAO, 571 - PONTO REF: PROX AO RIO POTY HOTEL ILHOTAS 64014-047 TERESINA-PI			04085358308



Autenticação Mecânica





QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

FRANCISCO WELLINGTON SILVA SANTOS

FILIAÇÃO.....: MAURO PEREIRA DOS SANTOS FILHO
FRANCISCA DIAS DA SILVA
NASCIMENTO...: 18/08/1997 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL.: SOLTEIRO
NATURALIDADE: TERESINA - PI
DOCUMENTO...: R.G. 3903443/SSP PI 24/06/2015
LEI N° 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF.....: 072.152.913-59 CNH....:
TIT. EDITOR: SECÃO:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PI - 20/01/2016

Paulo Henrique Neto

ASSINATURA DO EMPRESÁRIO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

NOME / ENDERECO

MORADOR MARIA SOCORRO GONCALVES

RUA PROJ QUATRO LOT PARO
ESPLANADA, 0-006-CASA-007-ESPLANADA-TERESINA-PI-cep: 99999999

LOCALIZAÇÃO

011-00001-005900

GRUPO

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

A05N265087

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
02-2019	Média	82	18
03-2019	Média	30	12
04-2019	Média	20	19
05-2019	Média	20	18
06-2019	Média	20	18
07-2019	Média	20	18
08-2019	Média	20	18
09-2019	Média	20	18
10-2019	Média	20	18
11-2019	Média	20	18
12-2019	Média	20	18

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA
ANTERIOR 13/12/2019 245
ATUAL 16/01/2020 245

LEITURA

CONSUMO MÊS M3

18

REF ID: 74190012

IRIS-PASEP 13,76+1,65= 8,23

COPRE 13,76+7,50= 1,24

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)

DESCRIÇÃO	VALOR REFERENTE ÁGUA - 13,45	REF.	VALOR
> Resid social-Normal	10,0 m3	13,45	
JUROS POR ATRASO	001/001	0,04	
MULTA POR ATRASO	001/001	0,27	

NÃO RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)

0 - 14	1,3450	30
15 - 25	5,7112	30
26 - 35	9,8618	30

VENCIMENTO
28/01/2020

TOTAL A PAGAR

13,76

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE
HULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

NOTIFICAÇÃO

nos 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura obstará a suspensão dos serviços.
Lei nº 11.445/2007, Art. 4º, inciso V e nº 5.987/85, Art. 6º, §3º, II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO X)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2994	2988	6	1,33	0,2-5,0 mg/l
COR APARENTE	3255	3238	17	4,47	Inferior a 15
pH	2177	2142	35	6,81	6,00-9,50
TURBIDEZ	3258	3230	28	1,21	Inferior a 5
CONFORMES TOTAS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO X)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1371	1371	0	Ausência	Ausente
	1371	1371	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO 16/01/2020 HORA DA EMISSÃO: 09:16

1.43.349
20200116291647

ÁGUAS DE

TERESINA

MATRÍCULA

24162825-3

FATURA Nº 150216635
MÊS / ANO 1/2020

VENCIMENTO

28/01/2020

VALOR A PAGAR

13,76

82620000000-6 13761535000-6 0020~015021 1 66350100104-9





REGISTRO GERAL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
4.119.262		DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14
NOME		NELLE ROZE SOARES MARQUES
PAUTAÇÃO		
CÍCERA MARQUES JUCUNDE		
ANTONIO SOARES JUCUNDE		
NATURALIZADE		
CRATEUS-CE		
DOC. ORIGINAIS		
CERT. NASC. 529		DATA DE NASCIMENTO
DEKP CRATEUS-CE 25/09/78		22/05/1971
TERESA PA		
840.173.173-91		ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89 25/06/83		



RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que estando socorrido
pouco a pouco, fui vítima de acidente de
trânsito, fato ocorrido dia 21/03/19
as 2104hs, quando sofri forte trauma
no pescoço causando coceira intensa
exposta que não desceia, quando
cirurgicamente através de dissecção
se observou que havia cedimento
p.v. desse setor definitiva, devido
a esse desprendimento perda de
músculo, nervos, fortes dores,
limitação dos movimentos, com
desidratação e desnutrição do
desenvolvimento atropído. Desse
desenvolvimento ferei 95%

Ernst Doepp

15.06.2020

Dr. Leomar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
tel: (85) 3062-1987 - Fortaleza-PI

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Socorro Gonçalves inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.492.603/22 do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima Maria Socorro Gonçalves inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.492.603/22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número	544	Complemento	<u>Sala</u>			
Bairro	<u>Centro</u>		Cidade	<u>Teresina</u>		Estado	PI	CEP	64000-235
Email			Telefone comercial(DDD)			Telefone celular (DDD)	<u>(86) 99534-6565</u>		

Teresina, 23 de Janeiro de 2020

Local e Data

Nelle Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante

1.43.348
 20200116291647 24162825-3
 FATURA Nº 150216639
 MÊS/ANO 1/2020

HOME/ENDERECO	24162825-3	ANO	150216635
1/2020			
MORADOR MARIA SOCORRO GONCALVES			
RUA PROJ QUATRO LOT PARO			
ESPLANADA, 0-006-CASA-007-ESPLANADA-TERESINA-PI-cep: 99999999			
LOCALIZAÇÃO		GRUPO	NÚMERO DO HIDRÔMETRO
011		A05N265087	
MÉTODO DE CONSUMO		ECONOMAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA	
MES / ANO	TIPO	LEDO	FATURADO
2019	Térrea	82	16
	Térrea	90	12
	Térrea	98	19
	Térrea	98	18
	Térrea	68	16
	Térrea	36	16
DATA		CONSUMO MÊS/M	
ANTERIOR	13/12/2019	LEITURA	10
ATUAL	16/01/2020	LEITURA	10
PIS/PASEP 13,76x1,65% = 8,22			
CORFINS 13,76x7,50% = 1,04			
TABELA DE TARIAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL		DESCRIÇÃO	
VALOR DE CONSUMO R\$/M3 E (%)		VALOR REFERENTE ÁGUA - 13,45	
		REF. 10,0 m3	
		VALOR 13,45	
		> Resid social-Normal	
		JUROS POR ATRASO 001/001	
		MULTA POR ATRASO 001/001	
		- 0,04	
		- 0,27	
O RESIDENCIAL		VENIMENTO	
VALOR DE CONSUMO R\$/M3 E (%)		28/01/2020	
10 7,3450 98		TOTAL A PAGAR	
29 5,7112 98		12 76	
333953 9,8618 98			

INPECULABILIDADES / ANORMALIDADES

第5章

A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE
MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

1990-1991

Portanto, o não pagamento dessa fatura ocasionará a suspensão dos serviços.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO 10).

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	2994	2988	6	1,33	0,2-5,0 mg/l
CLORO CRÍSTAL	3255	3238	17	4,47	Inferior a 15
PH	2177	2142	35	6,81	6,00-8,50
AMOSTRAS TOTAS	3258	3230	28	1,21	Inferior a 5

CHARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁREA PICTÓRICA

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMADE	MÉDIA / MÉS	VALOR PERMITIDO
					ESPECIFICAÇÃO
CH-TRICHLICOL	1371	1371	0	Ausência	Ausente
	1371	1371	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 16/01/2020 HORA DA EMISSÃO: 09:16

2332020 · 10月號上旬刊

ÁGUAS DE
TERESINA

1000

24162825-3

FATURA NR : 50216635
MÊS / ANO : 1/2020

ANAGRAMA

28/01/2028

VALOR A PAGAR

13,76

82620000000-6 13761535000-6 00200015021-1 553500000-1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 014.492.603-22 4 - Nome completo da vítima: *Maria Sárceno Gonçalves*

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

5 - Nome completo: *Maria Sárceno Gonçalves* 6 - CPF: 014.492.603-22
 7 - Profissão: *Aposentada* 8 - Endereço: *Rua Proj. Justo* 9 - Número: 10 - Complemento: *lote*
 11 - Bairro: *Set. Proj. Esplanada* 12 - Cidade: *Teresina* 13 - Estado: *PI* 14 - CEP: 64000-000
 15 - E-mail: *elusenseguros20@hotmail.com* 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6545

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0029** CONTA: **37 634 5**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? Não Nascidos (váinascos)? Não teve irmãos? Não Irmãos vivos? Não pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Francisco Wellington Silveira Sárceno

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

032.152.913-59

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Francisco Wellington Silveira Sárceno

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: *Welliense Marques Bobinato*
 CPF: *059.997.763-05*

Welliense Marques Bobinato
 Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: *Francisco Alvaro Fernandes*
 CPF: *040.853.583-06*

Francisco Alvaro Fernandes de Oliveira
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 23/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



Dados do Chamado	01 N° do chamado 5001	02 Data do chamado 31/03/11	03 PRO (código) 2703	04 Saída do P. 20:00	05 Chegada ao local 20:20
	06 Saída do local 20:05	07 Chegada ao 1º hospital 21:02	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço BR 316	11 Bairro	12 Município-UF Teresina	Código IBGE	
Local de Paciente	13 Ponto de referência Polícia Federal				
Tipos de Ocorrência	14 Nome Maria Lúcia Gonçalves	15 Sexo 2 - Feminino	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
Acidente de Transporte	16 Idade 23/02/48	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 01	
Assistência	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Hospital de Destino	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL 4- Espontâneas 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 70 Resp. _____ PA _____ TAX. _____ Sat02 91	25 Local da lesão
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 3 - Moderada 7 - Intensa 10
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred	32 Hospital de Destino HOT	33 Condições de entrada 1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte
	Vítima de atropelamento por moto, consciente com postura exposta aos membros superiores direita, suspeita de fratura de mandíbula e facies givide. Tilo da mím. direita.				
	Responsável pela recepção 	Socorristas Médico Enfermeiro Conduzor	Pelican francisco	Mapa Antônio Quinto	



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012560/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/12/2019 10:31 Data/Hora Fim: 09/12/2019 10:46
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 31/03/2019 19:30

574271

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: BR 316

Bairro: Santo Antônio

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO POSTO DA POLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO WELLINGTON SILVA SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 18/08/1997
Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Francisca Dias da Silva Nome do Pai: Mauro Pereira dos Santos Filho

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 072.152.913-59

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: Q-06 C-07
Complemento: PARQUE DAS ESPLANADAS
Bairro: ESPLANADA

Vínculo	Envolvido(a)	Tempo da Relação
Neto(a)	Maria do Socorro Gonçalves	0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: MARIA DO SOCORRO GONÇALVES (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Castelo do Piauí Sexo: Feminino Nasc: 03/02/1948
Profissão: Do Lar Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Urçula Simão de Sousa Nome do Pai: José Gonçalves Moreira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014.492.603-22

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: Q-06 C-07
Complemento: RES. ESPLANADA
Bairro: ESPLANADA



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012560/2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Descrição	NÃO IDENTIFICADO	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvidos		
Desconhecido 1	Possuidor		

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE A VITIMA ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PEDESTRE E QUE CAMINHAVA PELA VIA CITADA, MOMENTO EM QUE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE TRAFEGAVA PELA MESMA VIA ATROPELOU A MESMA, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU (5001) E LEVADA PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT, CONFORME PRONTUÁRIO 507143. É O REGISTRO. O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT.

ASSINATURAS


Jerônimo Soares Lima Junior
Agente de Polícia
Matrial 0094781

Responsável pelo Atendimento


Francisco Wellington Silva Santos
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (o/a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei (rei), conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 014.492.603-22 4 - Nome completo da vítima: *Maria Sárcio Gonçalves*

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

5 - Nome completo: *Maria Sárcio Gonçalves* 6 - CPF: *014.492.603-22*
 7 - Profissão: *Aposentada* 8 - Endereço: *Rua Proj. Quarto* 9 - Número: *10* 10 - Complemento: *Esse*
 11 - Bairro: *Centro* 12 - Cidade: *Teresina* 13 - Estado: *PI* 14 - CEP: *64000-000*
 15 - E-mail: *elvusnsgm@Hotmail.com* 16 - Tel.(DDD): *(86) 99534-6565*

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0029* CONTA: *37634* (5)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцturo (vai nascer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos: Sim Não

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.



Francisco Wellington Silveira Souto

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

072.152.913-59

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Francisco Wellington Silveira Souto

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome: *Welliene Marques Bobato*
 CPF: *059.997.763-05*

Welliene Marques Bobato

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: *Francisco Alano Fernandes da Cunha*
 CPF: *040.853.583-06*

Francisco Alano Fernandes da Cunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Teresina - PI 23/03/2020*

X

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Nelle Rose Soares Marques

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200039630 **Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES**

Data do Acidente: 31/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA SOCORRO GONCALVES

Informamos que o pagamento da indenização do 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 SOCORRO GONCALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000037634-5

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.

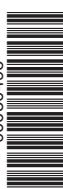
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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



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, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200039630 **Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES**

Data do Acidente: 31/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA SOCORRO GONCALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: MARIA SOCORRO GONCALVES

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000037634-5

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, retorno 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

014.492.603-22

4 - Nome completo da vítima:

maria Seconio Goncalves

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

5 - Nome completo:

maria Seconio Goncalves

6 - CPF:

014.492.603-22

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Aposentada

Rua Proj. Quarto

9 - Número:

base

11 - Bairro:

Set Pqg Esplanada

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64000-000

15 - E-mail:

luvansseguin 20 hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(86) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 37634

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 Lider 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

23 - Estado

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

31 - Vítima

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Sim

pais/avós vivos?

Não

teve filhos?

Não

Vivos: Falecidos:

Não

31 - Vítima

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Sim

pais/avós vivos?

Não

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

Francisco Wellington Silveira

072.152.913-59

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Francisco Wellington Silveira

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Teresina - PI 23/01/2020

X

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: Francisco Marques Batista

CPF: 059.997.763-05

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Francisco Alane Fernandes

CPF: 040.853.583-08

Assinatura da testemunha



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, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200039630

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

Data do Acidente: 31/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA SOCORRO GONCALVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200039630

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

Data do Acidente: 31/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA SOCORRO GONCALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033433/20

Número do Sinistro: 3200039630

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

CPF: 014.492.603-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/03/2019

Titular do CPF: MARIA SOCORRO GONCALVES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/06/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033433/20

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

CPF: 014.492.603-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/03/2019

Titular do CPF: MARIA SOCORRO GONCALVES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA SOCORRO GONCALVES : 014.492.603-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: maria joaquina gonzalves Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: solteira

Profissão: apresentadora RG: 2046657 CPF/MFN: 01449260322 Residente e domiciliado
(a): uma gata quente Bairro: Hot park
Cidade: Desimina Estado: Piauí CEP: 64.000-000
Telefone:

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

DELEGADO (Dados do Procurador)
Nome: Nelle Roze Soares Moreira

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro

Profissão: Revisor - me CI/RG nº: 4.119.202
CPF/MF nº: 840.133.738-1

CPF/MF n°: 00017317391 Residente e domiciliado (a): Rua
24 de Janeiro Bairro: Centro

Cidade: Teresina Estado: PIAUÍ Bairro: Centro Norte
CEP: 64000-230

CEP: 64.000-235
Telefone: (86) 995346505

Pessoas de confiança:

Pessoa de confiança

Nome: Francisco Wellington Silva Santos

Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: Estudante

Profissão: Autônomo CIRGnº: 3-703443
CPF/MFnº: 072-15291359 Residente - Residencial

CPF/MF: 072.152-9359 Residente e domiciliado (a): Ana
proletaria quatro Bairro: lote 2

Cidade: Teresina Estado: PI Bairro: lote parque CEP: 64000000

Estado: SP CEP: 00.000-000
Telefone: 11 1234-5678

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo eu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar - me perante a **Seguradora Líder de Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório, fazer requerimento e recebimento hospitalar: HUT, HPM e UPA - DPVAT, a que tenho direito, concebendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo de IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim, assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; do qual figura como vítima,

Local: Teresina UF: PI Data 23 de 01 de 2020

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)

TESTEMUNHAS

1ºNOME Wesleyane Marques Britto
CPF 1259.497.763-05

Western Marsh Bat

ASSINATURA

TESTEMUNHAS

Francisca Alarcón Fernández
obsequios

COBERTURA: INVALIDEZ () DAMS () MORTE /

DATA DO ACIDENTE: 19/01/19

cadado, a **CONSULTE O SÉLO**
INTERIOR 3º OFÍCIO DE NOTAS
INTERIOR 3º OFÍCIO DE NOTAS

TERESA CARDÓZO - Escrevente Autorizado
nro 1.13.85 - T-10.77 PNHP/PI-0.10 Seção 0.26 - Total: 4.98 - OP:34
RECUSACAO PARTICULAR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033433/20

Número do Sinistro: 3200039630

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

CPF: 014.492.603-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/03/2019

Titular do CPF: MARIA SOCORRO GONCALVES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MARIA SOCORRO GONCALVES : 014.492.603-22

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/02/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO). DEMAIS, CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME @P1 DR. EDIMAR MACHADO DA SILVA CRM 1584 PI DATA 15/06/2020.
VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, PAGAMENTO COMPLEMENTAR PARA GRAU INTENSO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 inferiores	70 %	Em grau intenso - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO). DEMAIS, CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE

Documentos complementares:

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO). DEMAIS, CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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: 26/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA SOCORRO GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 00000037634-5

Nr. da Autenticação AAB3742CF2415970

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: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA SOCORRO GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 00000037634-5

Nr. da Autenticação 0523009E3DCE1967