



NOME DO PACIENTE: MARIA DO SOCORRO GONCALVES

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 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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:****Nome:** MARIA SOCORRO GONCALVES**Prontuário:** 507143**Mãe:** 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**E. Instrução:** Não informado**E.Civil:** Solteiro(a)**DADOS DO ATENDIMENTO:****Boleto:** 714877**Entrada:** 31/03/2019 21:04:00**Convênio:** S U S**Proced:** 0301060061**Local de Procura:****Conforme Paciente/Acomp:** ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)**Condução:** AMBULÂNCIA DO SAMU**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:****Anal/Sintoma de Apresentação:****Classificação:****Cor:**

Indefinido

Exatidão História Clas. Risco:**SVV:** (Hora: ____ : ____)**Peso:** 0,00 Kg **Altura:** 0,00 M **IMC:** 0,00 Kg/m2 **Pulso:** bpm **Pressão:** mmHg**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

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

PACIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA.

TILAS ISOCORICAS E FOTO +

ACP FISIOLÓGICA

ABD FLACIDO SEM ESCORIAÇÕES, INDOLOR A PALPAÇÃO

PA 125/60 FC 70 SPO2 100 FR 12

Exame Diagnóstico Inicial:**CID:****Exames Complementares:**

(1184387) - ANGIO TC DE CRÂNIO S/ CONTRASTE

(1184388) - T.C. DE FACE

(1184389) - T.C. DE COLUMNA CERVICAL

+ TC crânio / abd superior / pelv +
RX ME.**Prescrição Médica:**

FISIOLÓGICO 0.9 1000 ML IIV AGORA

O2 CATETER NASAL 4L/MIN


AVALIAÇÃO - CIR GERAL/ NEUROCIRURGIA/ ORTOPEDIA/ BUCO MAXILO

CD: AO CC

Motivo da Alta/Encerramento:**Observação (Adulto)****DATA:** / /**HORA:** 21:04:00**Assinatura Paciente ou Responsável**SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
3912 Em: 31/03/2019 21:25:30



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Márcia Soraia Gonçalves				217-02		
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES						
MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE						
DATA: 24/06/19 HORA: _____		ALERGIAS		OBSERVAÇÕES		
* Condição:		HORÁRIO				
1) Doença oral livre						
2) Dipirona 500mg 1cp VO 6/6 horas		12	18	24	06	
3) Ranitidina 150mg 1cp VO 12/12 horas		12	24			
4) Enxofre 400mg 1amp SC 1x/dia		12				
5) Morfina 10mg 1cp VO 30 min antes da curativo						
6) CCG + FSSW						
<div style="text-align: right;">  Atiba Thuan CRM 2386 </div>						
MÉDICO/CRM:						

MOD: 007 - HULT

Impressão: 10/05/2019 17:02:22

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 1908

NOME DO PACIENTE: <u>Marcelo Silva</u>	PROTÓTIPO Nº: <u>507143</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Impedimento</u>	CIRURGIA: <u>L.M.C</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Alynor</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Ricardo</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>ACADEMIA</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	30		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		ESQUAS	-11	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	-11	06	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				MURIM	-11	03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				CREPOM	-11	80	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				SULFA DE AZINA	-11	80	
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>FABÍOLA LUCIANA</u>			
PROLENE							



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>Maria Xerxes Gonçalves</u>	Prontuário:	Data: <u>10.05.19</u>
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Idade: <u>71</u>	Peso:
Procedimento (s) proposto (s): <u>LTC de punção</u>		Altura:
		Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8 - Alergia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Tratado com
Dr. cardiologista em atendimento

EXAME FÍSICO

PA: <u>118 x 73</u>	Pulso: <u>95</u> <input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	
2. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	
4. Abdome	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD	
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	<u>9.4</u>	TP / RNI		Uréia	<u>23</u>	
HT	<u>29.8</u>	TTPa		Creatinina	<u>0.8</u>	
Plaquetas	<u>533000</u>	Glicemia		RX Tórax		
ECG:						
ECO:						

ASA: II Anestesia proposta: ☐ Geral ☒ Outro: Raqui

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista: Dr. Alyne Lima Melo CRM: 17127

Dr. Alyne Lima Melo
Médica Anestesiologista
CRM 17127



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Dr. Ricardo Valença
Anestesiologista - Traumatologia
CRM-1155 TEOP 11306



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Maria Luciana Gonçalves Sala: 09 Alergia: ☒ Data: 10.05.19
Procedimento: LTC perineo Cirurgião: Dr. Ricardo Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Bupivacaína	mg	10											
2 Clorpromazina	g	2											
3 Dexametazona	mg		5										
4 Dipiridona	g		2										
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico M50
Cat. Venoso nº 24 G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos 2 cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito: Dorsal

SPO2 (%)	99	99	98
ETCO2 (mmHg)			
Aces. Venoso	SE 0.9%	500	
Aces. Venoso			
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

Descrição da Anestesia: Punção subaracnóidea sob técnica asséptica, mediana L3/L4, técnica atraumática, com retorno do LCR claro, e quixos à inspeção do anestésico.
Anestésico: 0.5% Bupivacaína 15.

Dr. Alina A. Lima Melo
Médica Anestesiologista
CRM-PA 71.23
Anestesiologista

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE _____

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO		
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	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	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
						TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3						
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	C°	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO	36					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							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Maria do Socorro Gonçalves	PRONTUÁRIO	507143
DA CLÍNICA	Ortopedia	LEITO	2381259
À CLÍNICA	BHU		

MOTIVO DA CONSULTA

fratura P.O.S.

DATA: ___/___/___

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEO-11305
Tel: (86) 98384-0561
ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Paciente vítima de Trauma em P.O.S. Ao exame clínico paciente apresenta fratura de do em região de côndilo mandibular direito, limitação de abertura bucal após o trauma.

Ao exame de imagem paciente apresenta fratura de côndilo direito, com fratura de acompanhamento ambulatorial. Conduta: Tratamento conservador e acompanhamento ambulatorial, Alto do buco-maxilo.

Dr. Wesley Lima Andrade
Especialista em Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CRO-4033 PI

04/04/2019

DATA: ___/___/___

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



238603

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

R

203648

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	238603

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-Munic: TERESINA		17-Cod. IBGE: 221100		18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: - Infecção em perna
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 Prim: T009	25-CID Sec.: 	26-CID T.Ass.:
--	--------------------------	----------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA		Tempo S:
29-Clinica:		30-Caráter: 02	Ident.: 01	31-Docum.: CPF 787.098.575-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA		34-Data Solicitação: 04/05/2019		Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM):


PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. B. Inete:	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: 24/06/19	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): Carlos Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria (CNAE) 040-PI 000-CPF 70.900.507-1 CNS 22000000000000000000
48-Documento:	49-Num. Documento:	
() CNS () CPF		

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: Amo Indaco	USUÁRIO: (FERNANDA CASTRO) Consulta Local: 714877 Consulta SUS: Data: 2019/06/20 10:00:00
---	---

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
INFECÇÃO DE PERNA D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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


LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) DURVAL TERCIO NUNES LEAL CPF: 34217738315 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 04/05/2019
DATA ADMISSÃO 04/05/2019 09:00	DATA ALTA 10/05/2019 17:02
MOTIVO ALTA PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº 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: 89623442300 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA  CPF: 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: 238603

- ☐ 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

DATA: 10/05/19
Sergio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Maria do Socorro Gonçalves</u>		IDADE <u>71</u> anos	DATA <u>04/05/2019</u>			
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>10</u> hs <u>40</u> min		TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO				
CIRURGIA REALIZADA <u>LMC de MTD</u>		CIRURGIÃO <u>J. Freitas</u>				
SINAIS VITAIS		HORÁRIO				
		ADMISSÃO	11:00	12:30	13h	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>74 x 46</u>	<u>84 x 46</u>	<u>96 x 61</u>	<u>107 x 60</u>	<u>112 x 59</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>73</u>	<u>72</u>	<u>62</u>	<u>58</u>	<u>54</u>	
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>97%</u>	<u>98%</u>	<u>98%</u>	<u>98%</u>	<u>98%</u>	
TEMPERATURA AXILAR (°C)						
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)						
NOME/MATRÍCULA	<u>Anuniação</u>					

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

		ADMISSÃO			SAÍDA
TIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	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"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	
ESCALA DE DOR SAÍDA	

TOTAL

07

ASS.

Jairo Francisco de M. Freitas
ENFERMEIRO
COREN-PI 157387

10

A

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() 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 1º de Lave de MTD.
Consciente, orientada, expulsa em ar ambiente, sem sinais de
gastroparesia (hipotensão).

Jairo Francisco de M. Freitas
ENFERMEIRO
COREN-PI 157387

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()


POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () MORT () NEU () CIR () MÉD

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04/05/19

NOME DO PACIENTE: <u>Maria do Socorro Gonçalves</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>507143</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Hernia Meneses dos Santos</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Dr. [assinatura]</u> CRM 1072, CPF: 014.546.123-49 CBO ANEST-P1	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Rogério</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Benedita</u>	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 Nº <u>Wepem</u>	UNID.	03		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>elétrico des</u>	"	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: <u>Benedita</u>			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

164

Film

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 37560 TEOD-11306

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE HUT

NOME DO PACIENTE		Nº DE REGISTRO			
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	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-OPERATÓRIO				FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES			
OXIGÊNIO		1			
2		3			
LÍQUIDOS		SO-UTO 500			
SANGUE 300		OUTROS 100			
TEMPERATURA T	C°	260			
P. ARTERIAL	38	240			
V. O		2			
PULSO		200			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		180			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		160			
RESPIRAÇÃO O		140			
SÍMBOLOS		DURAÇÃO			
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES		CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
PARTICULARIDADES					



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

24048

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

213237

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 de
Internação

4-CNES

5828856

2404

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES

7-CNS: 898002932011458

8-Nascimento: 03/02/1948

9-Sexo: Feminino

6 - Prontuário: 507143

11-Mãe: URCULA SIMÃO DE SOUSA

RG: 2046657 - PI

13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON

12-Fone: 86-99536-251

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

14-Cor: Sem Informaç

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1- Principais sinais e sintomas clínicos:

Pele de entonação amarelada e pé Dorso

21 - Condições que justificam a internação:

A S ALMA

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

ANAMNESE + Ex. Físico

23-Diagnóstico Inicial:

Outras afecções especificadas da pele e do tecido subcutâneo

24-CID Prim: L988

25-CID Sec: 1

26-CID C. Ass: 1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0401020029

ENXERTO DERMO-EPIDERMICO

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 657.421.173-53

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

MARCIO REGO DE ALMEIDA PASSOS

34-Data Solicitação:

05/06/2019

Dr. Márcio R. A. Passos

Cirurgião Plástico
CRM - 3416

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

40-No. Bilhete:

41-Série:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

30/07/19

48-Documento:

49-Num. Documento:


() CNS () CPF

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditor ORCAMPAS
CRM-PI 1039-CPF: 015.903.000-11
CNS 28020009000004

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Usuário: (VALDENICE MENDES)
Consulta Local: 714877
Consultar: 714877

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 213237			
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		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	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CARTÃO SUS		NOME DO PACIENTE MARIA SOCORRO GONCALVES		NASCIMENTO	SEXO PRONTUÁRIO
DOCUMENTO CPF		TELEFONE	NOME DA MÃE URCULA SIMAO DE SOUSA	03/02/1948	F 507143
CEP 64000010		ENDEREÇO - LOGRADOURO QD 06 CS 07		RESPONSÁVEL FRANCISCO WELLINGTON	
BAIRRO ESPLANADA		COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	NÚMERO / LOTE S/N	
				UF PI	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PERDA DE SUBSTÂNCIA EM MÍD					
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO CIRURGIA					
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) RX					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES					
CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL L988 - OUTRAS AFEÇÕES ESPECIFICADAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO					
CID 10 SECUNDÁRIO		CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0401020029 - ENXERTO DERMÓEPIDERMICO					
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA			PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARCIO REGO DE ALMEIDA PASSOS CPF: 85742117353 CRM:		
CARÁTER URGÊNCIA		DATA SOLICITAÇÃO 05/06/2019			
DATA ADMISSÃO 05/06/2019 15:00	DATA ALTA 24/06/2019 15:00	MOTIVO ALTA MELHORADO			
CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)					
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº 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)) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 03834832391 CRM:			NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 09/06/2019 16:38:37 CFP CRM DATA ANÁLISE		
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:					



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Marta Soares Gonçalves		
Diagnóstico pré-operatório	Pneumonia de lobo em M.D		
Operação - Tipo	Dr. Márcio R. A. Passos Exatão de Pele Parvul		
Cirurgião	Dr. Márcio R. A. Passos Cirurgião Plástico CRM 3416	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			

Data da Operação	05/06/10	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	Idem		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Assepsia e Antiseptia

Redução de Pele parvul com corte de pele com pedimento pequeno

Desbridamento de pele de pele

Remoção

Colagem de pele parvul (Exatão) com pedimento com

pedimento nylon 4.0.

Cuidado

Dr. Márcio R. A. Passos
Cirurgião Plástico
CRM 3416



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: Maria Soraia Gomes	PRONTUÁRIO Nº: 507143
DIAGNÓSTICO: Parto de Sobra	CIRURGIA: Exatidão de pele parietal
ANESTESIA: Rápida	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: Dr. Márcio R. A. Passos Cirurgião Plástico CRM - 2116	CPF Nº: 63742173-0
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Antonio Jore	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Selenel	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 615.200 e 715	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 810 e 815	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	03		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.	02		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.	02	
JELCO Nº	UNID.	03		Crepe	le	03	
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	4-0	05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: Kleunie			
VICRYL				CIRCULANTE: Cassiano			
PROLENE							



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: MARIA SOCARRO GONÇALVES

Sala: 08

Alergia: Nega

Data: 05/06/19

Procedimento: EXTERO DE PELE PARCIAL

Cirurgião: MARCIO PASSOS

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Bupivacaína isobárica	10mg												
2 Fentanil	2mg												
3 Morfina	6mg												
4 Propofol TCI 0,7mg/ml	1g												
5 Clonidina	5mg												
6 Ralididina	4mg												
7 Dexmedetomidina	1g												
8 Ondansetrona	4mg												
9 Espiridina	10mg												
10													
11													
12													
13													
Agênio	3,0												
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico MSE
- ☐ 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 Venoso
- ☐ Geral Balanceada
- ☒ Raqui-anestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decúbito: dorsal

ECG RS — RS — RS — RS

(Ritmo Sinusal)

SpO2 (%) 100 100 100 100 100 100 100 100

ETCO2 (mmHg)

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

(Asspiração Espontânea)

Descrição da Anestesia: Asspria + antisspria + bloqueio sub-aracnoide (BSA) L3-L4; punção para mediana única c/ agulha 26G; LSC impido; 1ª interconexões.

Dr. Antônio José Marques Melo
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM 14442
Anestesiologista

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

191892

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

7-CNS: 898002932011458

8-Nascimento: 03/02/1948

9-Sexo: Feminino

6 - Prontuário: 507143

11-Mãe: URCULA SIMAO DE SOUSA

RG: 2046657 - PI

13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON

12-Fone: 86-99536-2517

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

14-Cor: Sem Informação

-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Vitima de Atropelamento com lesão
palmar m. d. e lesão glaucomatosa.

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura exposta +
Deslocamento na palmar do pulso + p

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

Su

-Diagnóstico Inicial:

-Informação Posterior)

24-CID-Prin:

25-CID-Sec:

26-CID-Relat:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0415030013

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

29-Clinica:

30-Caráter:

Ident.:

02

01

CPF

003.695.133-12

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS

34-Data Solicitação:

31/03/2019

35-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

40-No. Bilhete:

41-Parte:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-UBR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Docmento:

49-Num. Documento:

() CMS () CPF

Dr. Carlos André Filho
ASSESSOR DE AUDITORIA
CNPJ 148 - CPF 07.58.191.11
CNS: 98001800003654

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (SOLIMAR BRITO)

Consulta Local: 11/03/19

Consulta 2nd:



**LAUDO 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

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

CPF: . . .

11-Mãe: URCULA SIMÃO DE SOUSA

12-Fone: 86-99536-2517

13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON

14-Fone: 86-99536-2517

15-End: 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

31-Cod.Procedi-
mento Especial

0702030406

32 - Descrição do Procedimento Especial:

FIXADOR EXTERNO LINEAR

Quant. Soli-
cidada:

1

Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA

38-Profissional Responsável:

ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

01/04/2019

40-No.Doc. Med. Solic.:

003.695.133-12

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura exp. de tibia

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

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:

52-CNS/CPF:

16/04/19

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(SOLIMAR BRITO)



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Mary Socorro Gonçalves</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura exposta do pé direito + Deslocamento para D</u>		
Operação - Tipo <u>CI Fratura exposta do tibia (LAC + Fixação externa)</u>		
Cirurgião <u>André</u>	1º Assistente <u>Genildo</u>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim

Diagnóstico Pós-operatório	<u>0413040178 - T009</u> <u>0408050500 - S822</u> <u>la fixador</u>
----------------------------	---

Relatório Imediato do Patologista

Obs: Sobretudo da virada no CC

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) PAC em decubito dorsal sob quimono +
Aposição de gaze esteril
- 2) Alinham-se na perna D CI f. MC + Deslocamento +
FE + Sutura C Obs grande perda de ar +
Deslocamento de arto)
- 3) Sutura + Protetor compressivo CI Membro
na perna direita
- 4) Feito LAC na mão + Sutura

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Marica 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


Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUTDATA: 12/04/19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Maria do Socorro Gonçalves IDADE _____ anos DATA 01/04/2017HORÁRIO DE ADMISSÃO 01 h 25 min TIPO DE ANESTESIA GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA _____ CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>183/93</u>	<u>07:16</u> <u>100/60</u>	<u>125 x 55</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>88</u>	<u>50</u>	<u>95</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>97</u>	<u>95</u>	<u>94</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Almeida</u>		

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR		ADMISSÃO		SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	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"/>	0 <input type="checkbox"/>
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
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"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	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"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL		10
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.		

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

01:25 Admitida no POS de tratamento cirúrgico de fratura de fêmur + fratura de tíbia, sonolenta, com hematoma parcial a direita na região do olho direito, respirando espontaneamente, saturando 97%, com curativo limpo, em hidratação parenteral.

07:25 Pde reavaliada p/ vasculatura, saturação 95%, consciente e orientada.

08:40 Alta da SRPA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Amanda Gomes Vale Avelar
ANESTESIOLOGISTA
CRM-P 4981
ANESTESIOLOGISTA

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

POSTO [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI [] RED [] NEURC [] GERAL [] 14 [] QUIM. CLÍNICA [] PERI [] 15 [] 16 [] 17 [] 18 [] 19 [] 20 []

FOLHA DE ANESTESIA

Flam



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Monica da Silva Gonçalves</u>				Nº DE REGISTRO		
DATA <u>31/03/19</u>	P. ARTERIAL <u>120/70</u>	PULSO <u>94</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <u>PCR em 27.</u>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>fratura do 1º. tórax</u>				FISIOLÓGICO <u>ASA 5 FC</u>		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS EFEITOS		
<u>28:20 0:20 1:20</u>				TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	<u>5Lts.</u> <u>11 A.V.P. - Jelco 18</u>				
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100	<u>2/1 Monitormezol</u> <u>3/1 PLAA 134</u> <u>Nas 0,5% - 12,5m</u>				
TEMPERATURA T	38	<u>94.1</u> <u>98.7</u>				
P. ARTERIAL V O PULSO	200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	<u>38</u> <u>94</u> <u>98</u>				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		<u>Y</u> <u>Y</u> <u>Y</u> <u>Y</u>				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		<u>Y</u> <u>Y</u> <u>Y</u> <u>Y</u>				
RESPIRAÇÃO O		<u>X</u> <u>X</u> <u>X</u> <u>X</u>				
SÍMBOLOS		DURAÇÃO				
TÉCNICAS	<u>Rarguianestesia: PLAA 134</u>					
OPERAÇÕES	<u>Tmb. cirurgia fnt. tórax</u>					
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS	<u>Nelson</u>					
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						
PARTICULARIDADES						



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

236872

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-End: 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 grau
sim, com perda óssea
de partes moles.

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:

S822

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

29-Clinica:

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

02

01

CPF

342.177.383-15

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 VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Silhete:

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:

28/04/19

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditor (CAAFMS)
CRM-PI 1028-076 10/03/2019-8
CNPJ 201904040001

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura paciente ou responsável:

Assinatura

Usuário: LAMPONIO BURIAN

Consulta Local: 714877

Consulta SUS:

12/04/2019 17:35:57

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 199805

AIH: 2219100283114

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

MARIA SOCORRO GONCALVES

NASCIMENTO SEXO

03/02/1948

F

PRONTUÁRIO

507143

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

URCULA SIMAO DE SOUSA

RESPONSÁVEL

FRANCISCO WELLINGTON

CEP

64000010

ENDEREÇO - LOGRADOURO

QD 06 CS 07

NÚMERO / LOTE

S/N

BAIRRO

ESPLANADA

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE TÍBIA L.M.C.+FIXAÇÃO EXTERNA DE TÍBIA. PERDA OSSEA E PARTES MOLES

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 DÍFISE DA TÍBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DÍFISE DA TÍBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

12/04/2019

DURVAL TERCIO NUNES LEAL

CPF: 34217738313

CRM:

DATA ADMISSÃO

12/04/2019 09:00

DATA ALTA

20/04/2019 10:17

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº 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

CELSON FERREIRA FILHO

CPF: 7635633791

CRM:

DATA ANÁLISE: 26/04/2019 08:45:00

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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

237348

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES

7-CNS: 898002932011458

8-Nascimento: 03/02/1948

9-Sexo: Feminino

6 - Prontuário: 507143

11-Mãe: URCULA SIMAO DE SOUSA

RG: 2046657 - PI

13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON

12-Fone: 86-99536-2517

16-Munic: TERESINA

14-Cor: Sem Informação

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Infarto miocárdico

21 - Condições que justificam a internação:

infarto

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

A OHC

2-Diagnóstico Inicial:

Arteriosclerose superficial múltipla não especificada

24-CID Prim: T009

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27- Procedimento Solicitado:

0413040178

TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

Tempo SUS
3

29-Clinica:

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

02

01

CPF

342.177.383-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

DURVAL TERCIO NUNES LEAL

20/04/2019

35-Ass. C. Ass. 01. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

40-No. Bilhete:

41-Série:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

17/06/19

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF


Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Saúde
CRM-PI 165.045-2537-8
CBO 31902050

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (FERNANDACASTRO)
Consulta Local: 714877
Consulta SUS:
Impressão: 23/05/2019 10:12:22

Francisco Wellington Silva Santos

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 208088	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2219100354075	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

DURVAL TERCIO NUNES LEAL

CPF: 34217738315

CRM:

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

20/04/2019

DATA ADMISSÃO

20/04/2019 10:17

DATA ALTA

04/05/2019 09:00

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº 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: 08023442308 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:

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ARIA SOCORRO GONÇALVES		507143	03/02/1948	71	Ortopédica	238	259	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS						
31/03/2019	FRAT EXP FALANGE+DESLUVAMENTO+FRAT EXP TIBIA+LE							
20/04/19								
1	Dieta oral livre	16:00 PA-- 120 x 60 mm Hg						
2	Jeico salinizado	P: 101 bpm, diátese aguda						
3	Dipirona 01 amp + AD EV 6/6hs	106 mg/dl -- Glicose						
4	Tramadol 100mg 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SM							
5	Ranitidina 50mg 01 amp + AD EV 8/8hs							
6	Oxacilina 2g + 100ml sf 0,9% EV 6/6hs							
7	Plasil 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
8	Amica cina 1g + AD EV 1x/dia							
9	diclofenaco 40mg 1amp SC 1X/DIA							
10	captopril 25mg 01 comp VosePAS >160 ou PAD >110							
11	Cuidados gerais e sinais vitais							
<p>Dr. João Roberto L. Silva Ortopedia e Traumatologia CRM 1115</p> <p>Dr. Ricardo S. Valença Ortopedia e Traumatologia CRM 1115</p> <p>Dr. Paulo M. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 1115</p>								

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Maria Sílvia Gonçalves</u>	IDADE <u> </u> anos	DATA <u>20/03/2019</u>
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>11</u> hs <u>55</u> min	TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUÍDICA () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO	
CIRURGIA REALIZADA <u>Lme prot de fibra</u>	CIRURGIÃO <u> </u>	

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>99/54</u>	<u>122/66</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>81</u>	<u>85</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>98</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Gica</u>	<u>Elaine</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	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"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	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"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	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"/>	2 <input 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"/>	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"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>02</u>
ESCALA DE DOR PÓS-OPERATÓRIA		ASS	<u>Jairo Francisco de M. Freitas</u>

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA: () NASOG () NASOE
<u>14</u> ha <u>300</u> mL	ha mL	ha mL	ha mL		
ha mL	ha mL	ha mL	ha mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

11:55 - Admitida em RPA no Poi de Lme
de prot de fibra. Consciente, orientada, sob
exat de manutenção, curativo, sonda
insuficiente

Jairo Francisco de M. Freitas
ENFERMEIRO
CRM 157387

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA	MEDICO
	HORÁRIO	ANESTESIOLOGISTA
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()		



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Mariane Socorro Gonçalves				
Diagnóstico pré-operatório	fratura do pé direito (2)				
Operação - Tipo	L.M.C.				
Cirurgião	Daniel Terezo Nunes Leal	1º Assistente	Estudante		
2º Assistente	—		3º Assistente	—	
Instrumentador(a)	Fabrizio	Anestesiista	Nelson	Anestesia	Raquel
Anestésico(s)	—				
Data da Operação	20/04/19	Início	10:45	Fim	12:40
Diagnóstico Pós-operatório	Usc Pé direito (2)				

Relatório Imediato do Patologista

— U

Acidente Durante a Operação

Usc

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Preparo dos membros inferiores
Anestesia + antissepsia Usc
Cirurgia Usc, Usc
Pé direito (2) 1 suture com

Daniel Terezo Nunes Leal
Cirurgião de Traumatologia
CRM 1995 CRM-MA 3636

Des



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20, 04, 19

NOME DO PACIENTE:	M ^{te} Socorro Gonçalves	PRONTUÁRIO Nº:	507443
DIAGNÓSTICO:	L.M.C	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	06
CIRURGIÃO:	Guilherme	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Estudante	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Níxon	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Fabiola	CPF Nº:	

Daniel Fereira Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1635 L-33-11A 3038

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	UNID.	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	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
SCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	06	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		escova	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	05		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				elctodo	02		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crepom	01		
CAT. GUT. CROMADO C/AG				cateter 02			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL nylon 30	01						
MONONYLON 2.0	03						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Guleine			
PROLENE							

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

H.U.T.

NOME DO PACIENTE M^{te} Socorro Gonçalves				Nº DE REGISTRO 507143		
DATA 20/04/19	P. ARTERIAL 100/60	PULSO 91	RESPIRAÇÃO 14	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO P. Ar em 21.				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Infecção F.O. Perim D				FÍSICOS ASA II		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
				10:45 11:35		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	38					
P. ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS Raqui anestesia: P.M. 3/4						INCIDENTE - ACIDENTE L.R. de Pulo, orelha 25g
OPERAÇÕES L.M.C.						
CIRURGIÕES Renato Bercio						
ANESTESISTAS Nilson						
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						
PARTICULARIDADES						

**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: 71a1m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937859 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184388 Convênio: S U S

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.

(JOAO 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 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: 71a1m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937859 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184389 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE COLUMA 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

**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: 71a1m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937859 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184390 Convênio: S U S

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 LINFONODOMEGALIAS OU DE LÍQUIDO LIVRE INTRAPERITONEAL.
- ALCAS INTESTINAIS DE CALIBRE NORMAL NO SEGMENTO ESTUDADO.
- PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO 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 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: 71a2m0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937851 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184393 Convênio: S U S

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

Profissional Responsável

Joelson Oliveira Moreira
31/03/2019
31/03/2019

**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: 71a2m0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937863 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184395 Convênio: S U S

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.
- ATEROMATOSSES PARIETAL CAROTÍDEA.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COLAPSO PARCIAL DE CORPOS VERTEBRAIS TÓRACO-LOMBARES.
- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL OSSEA.
- ARTROSE DORSAL.

(LUIS 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: 71a2m0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937863 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184396 Convênio: S U S

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.

- ATROMATOSE 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 OSSEA.
- ARTROSE LOMBAR.

(LUIS 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: S U S

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 quírodáctilo.
- 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

[Handwritten signature]
Carla Augusta Moura Fe
CRM PI 1341
CPF: 133.903.173-88


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: 71a6m13d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236063
 Requisição: 937993 Solicitação: 01/04/2019 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
 Controle: 1184632 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - 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 tíbia e fíbula proximais.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fraturas cominutivas na tíbia e fíbula 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 URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

MARIA SOCORRO GONCALVES

NASCIMENTO

03/02/1948

SEXO

F

PRONTUÁRIO

507143

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

URCULA SIMAO DE SOUSA

RESPONSÁVEL

FRANCISCO WELLINGTON

CEP

64000010

ENDEREÇO - LOGRADOURO

QD 06 CS 07

NÚMERO / LOTE

S/N

BAIRRO

ESPLANADA

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VÍTIMA DE ATROPELAMENTO COM LESÃO EXPOSTA DO POLEGAR MÃO DIREITA + LESÃO GRAVÍSSIMA, 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 DÍFISE DA TÍBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

31/03/2019

ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS

CPF: 0036951312

CRM:

DATA ADMISSÃO

31/03/2019 21:04

DATA ALTA

12/04/2019 09:00

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº 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))

AARAU CRUZ MENDES

CPF: 13178547204

CRM:

DATA ANÁLISE: 01/04/2019 01:24:01

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

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 Spome Gonçalves PRONTUÁRIO Nº:

DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA:

ANESTESIA:

Nº DA SALA:

CIRURGIÃO:

CPF Nº:

AUXILIAR:

CPF Nº:

ANESTESIA:

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA: Conceição

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: Inaminda 4 Meses			
PROLENE							



00:30

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198	
FABRICANTE:		Prontuario: 507143 CNPJ:	
PACIENTE: Maria Sacramento Gonçalves			
RG.HOSPITAL: HUT.		COD.SIG TAP:	
DATA: 01/04/2019		ALTA: USADO:	
PROCEDIMENTO: Trat. Lúbia (D)			
MEDICO: Dr. Giacomo Cronenberg		CPF: CRM:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote
			QTD

[illegible]**Responsável Pelo Preenchimento:**

Data: 01/04/2019

Francis P.

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

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 (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

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 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

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: MARIA DO SACRAMENTO ROCHA ALVES

CPF do beneficiário: 04492603-22

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ()
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

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 qual(is)
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

MINHA MÃE SOFRIA DE ATROFIA D. FOI UMA FRATURA EXPOSTA
FEZ CIRURGIA COM USO DE FIXADOR ATROFIOU A PENNA PERDEU
MASSA MUSCULAR, TECIDO FICOU DEFORMADA TEVE
PERDA FUNCIONAL DE 95% E MUITO GRAVE.

Local e Data

Francisco Wellington Silva Santos

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

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os 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

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033433/20

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

CPF: 014.492.603-22

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/03/2019

Titular do CPF: MARIA SOCORRO
GONCALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Paula Vargens Mendes da Costa

DATA NASCIMENTO
11/12/1987

PERMISSÃO
NCC
CAT-440
B

07070742430

VALIDADE
13/06/2019

13/06/2018

...convinced

Walter Henrique Bolívar
ASSINATURA DO PORTADOR

TEJESINA, VI

DATA DE EMISSÃO
13/06/2018

37520253489
PT318991969

PIAUI

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1650290391

PROIBIDO PLASTIFICAR
1650290391

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 07.157.474/0001-06 - I.E. 199069374
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

NOME/ENDEREÇO
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	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
MÊS/ANO TIPO LIDO FATURADO	
12/2019 Lido 35 35	1 Residencial - Normal
11/2019 Lido 35 35	
10/2019 Lido 34 34	
09/2019 Lido 41 41	
08/2019 Lido 18 18	
07/2019 Lido 22 22	

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

CONSUMO MÊS M3 22

LEI 10.741/2003
PIS, PASSEI 99,20*1,65% = 1,63
COFINS 99,20*7,68% = 7,63

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	DESCRIÇÃO VALOR REFERENTE ÁGUA - 99,20
0 18 3.0660 90	> Residencial-Normal 22,0 m3 99,20
18 25 5.7120 90	
25 999999 9.8610 80	
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	

VENCIMENTO 22/01/2020 TOTAL A PAGAR 99,20

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

AVISO
A VIOLAÇÃO DO CORTE / AUTO RELIGAÇÃO PELO CONSUMIDOR E PASSÍVEL DE MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 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	2127	2142	35	6,81	6,00-9,50
TURBIDEZ	3258	3230	28	1,21	Inferior a 5

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
ESCOTECINA COL	1371	1371	0	Ausência	Ausente
	1371	1371	0	Ausência	Ausente

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

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2731866

DATA DE
EXPEDIÇÃO

25/10/2019

NOME

FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO

RAIMUNDA FERNANDES DO NASCIMENTO
RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO

NATURALIDADE

TERESINA - PI

DATA DE NASCIMENTO

22/09/1990

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO 185584 L 214 F 423

EXP. TERESINA - PI 26/11/1990

CPF

040.853.583-08

ASSINADO POR
Francisco das Chagas Pinheiro Maranhão
Secretário de Estado do Registro Civil

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



POLEGAR DIREITO

Francisca Alane Fernandes do Nascimento

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA

Producers

—NOVEMBER—

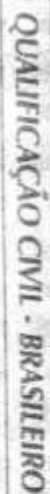
— 200 —

210

Farmersco Wellington Shes Sinter's

ASSINATURA DO TITULAR





ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARIA SOCORRO GONCALVES
RUA PROJ QUATRO LOT PARO
ESPLANADA, Q-006-CASA-007-ESPLANADA-TERESINA-PI-cep: 99999999

LOCALIZAÇÃO 011-00001-005900 GRUPO 011 NÚMERO DO HODRÔMETRO A05N265087

HISTÓRICO DE CONSUMO	MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
10-2019	Media	02	10		1 Residencial - Normal
11-2019	Media	00	10		
12-2019	Media	00	10		
01-2020	Media	00	10		
02-2020	Media	00	10		
03-2020	Media	00	10		

DATA 13/12/2019 LEITURA 245 CONSUMO MÊS M3 10 LIT 127412012
ANTERIOR 13/12/2019 245 PIS-PASEP (3,76+1,65N+ 0,22)
ATUAL 16/01/2020 245 COPS (3,76+7,68N+ 1,04)

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)		DESCRIÇÃO	VALOR
		VALOR REFERENTE AGUA - 13,45	
		> 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 - 10	1,3450 30		
10 - 25	5,7117 30		
25 - 500000	9,8618 30		

VENCIMENTO 28/01/2020 TOTAL A PAGAR 13,76

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSAGEM
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 desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços.
Conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 4º inciso V e nº 5.987/05, 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 DISCONFORMIDADE	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

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COL	1371	1371	0	Ausencia	Ausente
	1371	1371	0	Ausencia	Ausente

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

MATRICULA 24162825-3 FATURA Nº 150216635
MÊS/ANO 1/2020

VENCIMENTO 28/01/2020 VALOR A PAGAR 13,76

82620000000-6 13761535000-6 0070~015021 1 66350100104-9



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS




0476283
Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR
CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14
NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES
FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE
NACIONALIDADE
CRATEUS-CE
DOC. ORDEM
CERT. NASC. 529 L. A/T 141
DEXP CRATEUS-CE 25/09/78
TERMINA - PI
840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971
Assinatura do Diretor

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Pessoa Impedida de Assinar

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2046657 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/12/2019

NOME MARIA SOCORRO GONÇALVES

FILIAÇÃO URSULA SIMÃO DE SOUSA
JOSÉ GONÇALVES MOREIRA

NATURALIDADE CASTELO DO PIAUÍ - PI DATA DE NASCIMENTO 03/02/1948

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO 14195 L 20 F 18
EXP. CASTELO DO PIAUÍ - PI 25/02/2013

CPF 014.492.603-22


Juarez Gonçalves de Carvalho
Perito Criminal

ASSINATURA DO DIRETOR

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

RELATÓRIO MÉDICO

Seclimmar, que durante socorro
fouciver, foi vítima de acidente de
trânsito, fato ocorrido em 31/03/19
às 21:04hs, tendo sofrido forte trauma
e um les. causados com fraturas
exposta eue tibia direita, tornando
cirurgicamente através de osteossintese
e de compressão com fixação
p.n. com acetabulografia, de lntu
com sequelas: perda osseas e
muscular, atrofia, fortes dores,
limitação dos movimentos, com
sensação de encurtamento do
membro atingido. Com compressão
deformada função de 95%

Edimar

15.06.2020

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgia
CRM: 1684-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PJ

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

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

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

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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rôze 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 IPA 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 <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 23 de Janeiro de 2020
Local e Data

Nelle Rôze Soares Marques
Assinatura do Declarante

EQUATORIAL PAU DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 08.840.748/0001-89 - Ins. Estadual: 18.301.381-8
Insc. Fiscal: 001.101.101-00 - Ins. Estadual: 18.301.381-8
Regime Especial de Imposto de Renda: 18.301.381-8

Nº da Nota Fiscal: 033253861

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de agosto de 2003.

CONTA MÊS
JANEIRO/2020
VENCIMENTO
30/01/2020

CONSUMO (kWh) 217
TOTAL A PAGAR (R\$) 217,42

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

DADOS DA LEITURA
Atual: 22589
Anterior: 22372
Consumo de Multiplicação: 1,000
Consumo Medido: 217
Consumo Faturado: 217

ROT: 17.001.30.14.045400
DATAS DA LEITURA
Atual: 23/01/2020
Anterior: 24/12/2019
Próxima Leitura: 21/02/2020
Emissão: 22/01/2020
Apresentação: 23/01/2020
Dias de Consumo: 30

Forma de Pagamento: NORMAL

Código de Irregularidade: FCAM

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Ligação: MONO
Número Medidor: A1418740
Posto: 3.5.3.1
Média 12 meses: 275

Classe/Subclasse	COMERCIAL	MONO	A1418740	3.5.3.1	275
HISTÓRICO kWh	DEZ/19	271	CONSUMO	217 A R\$ 0,897391 =	194,73
Mês/ano consumo	NOV/19	277	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		16,37
	OUT/19	394	CORRECAO MONETARIA DA 12/19-00		0,01
	SET/19	368	CORRECAO MONETARIA IG 12/19-00		0,22
	AGO/19	285	MULTA POR ATRASO DE I 12/19-00		0,41
	JUL/19	222	JUROS DE MORA ATRASO 12/19-00		0,04
	JUN/19	205	MULTA POR ATRASO 12/19-00		4,91
	MAI/19	204	JUROS POR ATRASO 12/19-00		0,73
	ABR/19	178	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	2,90	
	MAR/19	243			

TARIFA DE TRIBUTOS:
R\$ 217 - 8.526740

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/01/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 36C8.516B.328B.A3B1.CE87.9772.A512.2F0E										COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$										IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$																																							
Distribuição		39,91		Base de Cálculo		194,73		142,15																																																			
Energia		77,12		Alíquota ICMS		27,00%																																																					
Transmissão		13,04		Valor do ICMS				52,57																																																			
Encargos		6,38		Valor do PIS		0,71%		1,02																																																			
Tributos		58,28		Valor do COFINS		3,30%		4,69																																																			
INDICADORES DE CONTINUIDADE																																																											
DIC										FIC										DMIC										DICR																													
Mensal					Trimestral					Anual					Mensal					Trimestral					Anual					Mensal					Trimestral					Anual																			
Limite										5,31 10,63 21,25 3,11 6,23 12,45 3,03																																																	
Realidade										0,00 0,00																																																	
Carência										TERESINA-MACAUBA										Período de aplicação										11/2019										EUSO										98,08									

ROT: 17.001.30.14.045400

SEU CÓDIGO 0051869-7
MÊS FATURADO 01/2020
VENCIMENTO 30/01/2020
TOTAL A PAGAR - R\$ 217,42
Nº da Nota Fiscal: 033253861 FCAM

EQUATORIAL PAU DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 08.840.748/0001-89 - Ins. Estadual: 18.301.381-8

83640000002 9 17420017000 2 000000000051 3 86970120008 9



SEQ.: 00251 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 23/01/2020 T.ENTR.: 09
LEITURA: 22589 NORMAL TOTAL: 217,42 CARGA: 014
DT.VENC.: 30/01/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 2071

1-43-348
202001162825-3

24162825-3

FATURA Nº

MÊS/ANO

150216635

1/2020

NOME/ENDEREÇO

MORADOR MARIA SOCORRO GONCALVES

RUA PROJ QUATRO LOT PARO

ESPLANADA, Q-006-CASA-007-ESPLANADA-TERESINA-PI-cep: 99999999

LOCALIZAÇÃO

011-00001-005900

GRUPO

011

NÚMERO DO HIGRÔMETRO

A05N265087

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO TIPO

12/2019 Resid

11/2019 Resid

10/2019 Resid

09/2019 Resid

08/2019 Resid

07/2019 Resid

06/2019 Resid

05/2019 Resid

04/2019 Resid

03/2019 Resid

02/2019 Resid

01/2019 Resid

12/2018 Resid

11/2018 Resid

10/2018 Resid

09/2018 Resid

08/2018 Resid

07/2018 Resid

06/2018 Resid

05/2018 Resid

04/2018 Resid

03/2018 Resid

02/2018 Resid

01/2018 Resid

12/2017 Resid

11/2017 Resid

10/2017 Resid

09/2017 Resid

08/2017 Resid

07/2017 Resid

06/2017 Resid

05/2017 Resid

04/2017 Resid

03/2017 Resid

02/2017 Resid

01/2017 Resid

12/2016 Resid

11/2016 Resid

10/2016 Resid

09/2016 Resid

08/2016 Resid

07/2016 Resid

06/2016 Resid

05/2016 Resid

04/2016 Resid

03/2016 Resid

02/2016 Resid

01/2016 Resid

12/2015 Resid

11/2015 Resid

10/2015 Resid

09/2015 Resid

08/2015 Resid

07/2015 Resid

06/2015 Resid

05/2015 Resid

04/2015 Resid

03/2015 Resid

02/2015 Resid

01/2015 Resid

12/2014 Resid

11/2014 Resid

10/2014 Resid

09/2014 Resid

08/2014 Resid

07/2014 Resid

06/2014 Resid

05/2014 Resid

04/2014 Resid

03/2014 Resid

02/2014 Resid

01/2014 Resid

12/2013 Resid

11/2013 Resid

10/2013 Resid

09/2013 Resid

08/2013 Resid

07/2013 Resid

06/2013 Resid

05/2013 Resid

04/2013 Resid

03/2013 Resid

02/2013 Resid

01/2013 Resid

12/2012 Resid

11/2012 Resid

10/2012 Resid

09/2012 Resid

08/2012 Resid

07/2012 Resid

06/2012 Resid

05/2012 Resid

04/2012 Resid

03/2012 Resid

02/2012 Resid

01/2012 Resid

12/2011 Resid

11/2011 Resid

10/2011 Resid

09/2011 Resid

08/2011 Resid

07/2011 Resid

06/2011 Resid

05/2011 Resid

04/2011 Resid

03/2011 Resid

02/2011 Resid

01/2011 Resid

12/2010 Resid

11/2010 Resid

10/2010 Resid

09/2010 Resid

08/2010 Resid

07/2010 Resid

06/2010 Resid

05/2010 Resid

04/2010 Resid

03/2010 Resid

02/2010 Resid

01/2010 Resid

12/2009 Resid

11/2009 Resid

10/2009 Resid

09/2009 Resid

08/2009 Resid

07/2009 Resid

06/2009 Resid

05/2009 Resid

04/2009 Resid

03/2009 Resid

02/2009 Resid

01/2009 Resid

12/2008 Resid

11/2008 Resid

10/2008 Resid

09/2008 Resid

08/2008 Resid

07/2008 Resid

06/2008 Resid

05/2008 Resid

04/2008 Resid

03/2008 Resid

02/2008 Resid

01/2008 Resid

12/2007 Resid

11/2007 Resid

10/2007 Resid

09/2007 Resid

08/2007 Resid

07/2007 Resid

06/2007 Resid

05/2007 Resid

04/2007 Resid

03/2007 Resid

02/2007 Resid

01/2007 Resid

12/2006 Resid

11/2006 Resid

10/2006 Resid

09/2006 Resid

08/2006 Resid

07/2006 Resid

06/2006 Resid

05/2006 Resid

04/2006 Resid

03/2006 Resid

02/2006 Resid

01/2006 Resid

12/2005 Resid

11/2005 Resid

10/2005 Resid

09/2005 Resid

08/2005 Resid

07/2005 Resid

06/2005 Resid

05/2005 Resid

04/2005 Resid

03/2005 Resid

02/2005 Resid

01/2005 Resid

12/2004 Resid

11/2004 Resid

10/2004 Resid

09/2004 Resid

08/2004 Resid

07/2004 Resid

06/2004 Resid

05/2004 Resid

04/2004 Resid

03/2004 Resid

02/2004 Resid

01/2004 Resid

12/2003 Resid

11/2003 Resid

10/2003 Resid

09/2003 Resid

08/2003 Resid

07/2003 Resid

06/2003 Resid

05/2003 Resid

04/2003 Resid

03/2003 Resid

02/2003 Resid

01/2003 Resid

12/2002 Resid

11/2002 Resid

10/2002 Resid

09/2002 Resid

08/2002 Resid

07/2002 Resid

06/2002 Resid

05/2002 Resid

04/2002 Resid

03/2002 Resid

02/2002 Resid

01/2002 Resid

12/2001 Resid

11/2001 Resid

10/2001 Resid

09/2001 Resid

08/2001 Resid

07/2001 Resid

06/2001 Resid

05/2001 Resid

04/2001 Resid

03/2001 Resid

02/2001 Resid

01/2001 Resid

12/2000 Resid

11/2000 Resid

10/2000 Resid

09/2000 Resid

08/2000 Resid

07/2000 Resid

06/2000 Resid

05/2000 Resid

04/2000 Resid

03/2000 Resid

02/2000 Resid

01/2000 Resid

12/1999 Resid

11/1999 Resid

10/1999 Resid

09/1999 Resid

08/1999 Resid

07/1999 Resid

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 Suelene 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 Suelene Gonçalves 6 - CPF: 014.492.603-22
7 - Profissão: Aposentada 8 - Federação: Rua Proj. Quatro 9 - Número: 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Set. Proj. Esplanada 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: eluansseguros2@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:

☒ 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: 376345
(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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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.

34  35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: Francisco Wellington Silva Santos
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 072.152.913-59
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: Francisco Wellington Silva Santos

38 - 1ª | Nome: Welsonne Marques Batista
CPF: 059.997.763-05
Welsonne Marques Batista
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: Francisco Alano Fernandes
CPF: 000.853.583-05
Francisco Alano Fernandes do Nascimento
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina - PI 23/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do P	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	16 - Outros			
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>		
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais vitais	25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 0 Sem Dor 3 Leve 5 Moderada 7 Intensa 10 30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>	Pulso <input type="checkbox"/> Resp. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TAX <input type="checkbox"/> SatO2 <input type="checkbox"/>	
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino			
	<input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado			
Hospital de Destino	34 Óbito	35 Não Removido			
	1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar	36 Observações				
	Vítima de tropeçamento por muro, consciente com fratura exposta nos membros inferiores direita, suspeita de fratura da mandíbula e torção quadril direita de mão direita.				
Assinaturas	Responsável pelo atendimento	Socorristas Médico	Enfermeiro	Conductor	



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA 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

Neto(a)

Envolvido(a)

Maria do Socorro Gonçalves

Tempo da Relação

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



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 09/12/2019 10:48
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA 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

Envolvimentos

Desconhecido 1

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

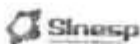
RELATA QUE A VITIMA ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PEDESTRE E QUE CAMINHAVA PELA VIA CITADA, MOMENTO EM QUE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE TRAFEGAVA PELA MESMA VIA ATROPELOU A MESMA, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU (5001) E LEVADA PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT, CONFORME PRONTUÁRIO 507143. É O REGISTRO.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

ASSINATURAS

Jerônimo Soares Lima Junior
Agente de Polícia
Matrícula 0094781
Responsável pelo Atendimento

Francisco Wellington Silva Santos
Francisco Wellington Silva Santos
(Comunicante)

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



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de impressão: 09/12/2019 10:48
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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:

4 - Nome completo da vítima:

014.492.603-22

Maria Socorro 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 Socorro Gonçalves

6 - CPF:

014.492.603-22

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0029

CONTA:

37634

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (ainda não nasceu)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

34

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 Silva Santos

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

38 - 1ª | Nome: Heliane Marques Batista

CPF: 059.997.763-05

Heliane Marques Batista

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Francisco Alano Fernandes

CPF: 040.853.583-06

Francisco Alano Fernandes do Nascimento

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 23/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 Serezo 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 Serezo Gonçalves 6 - CPF: 014.492.603-22
7 - Profissão: Aposentada 8 - Endereço: Rua Proj Quatro 9 - Número: 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Ld. Proj Esplanada 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: eduardoserezo@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:

☒ 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: 376345
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: Francisco Wellington Silva Santos

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 072.152.913-59

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: Francisco Wellington Silva Santos

38 - 1ª | Nome: Wellesley Marques Botelho CPF: 059.997.763-05

Assinatura da testemunha: Wellesley Marques Botelho

39 - 2ª | Nome: Francisco Alano Fernandes CPF: 040.853.583-08

Assinatura da testemunha: Francisco Alano Fernandes do Nascimento

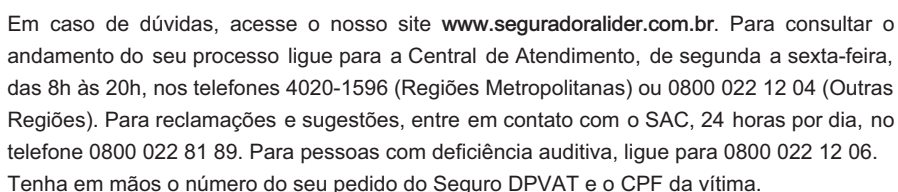
40 - Local e Data: Teresina - PI 23/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA SOCORRO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre de Sousa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033433/20

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

CPF: 014.492.603-22

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA SOCORRO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 Socorro Gonçalves

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira

Profissão: apresentadora

RG 2046657 CPF/MF nº: 01449260322 Residente e domiciliado

(a): Rua pugil quatro Bairro: Lot parque

Cidade: Teresina Estado: Piauí CEP: 64.000000

Telefone: /

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Nelle Roze Soares Marques

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: solteira

Profissão: Advogado CI/RG nº: 4.119.202

CPF/MF nº: 84017317391 Residente e domiciliado (a): Rua

24 de janeiro Bairro: Centro norte

Cidade: Teresina Estado: Piauí CEP: 64.000235

Telefone: (86) 995346505

Pessoa de confiança

Nome: Francisco Wellington Silva Santos

Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: solteiro

Profissão: Autônomo CI/RG nº: 3.703.443

CPF/MF nº: 072.152.91359 Residente e domiciliado (a): Rua

projetada quatro Bairro: Lot park

Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64.000000

Telefone: /

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,

Maria Socorro Gonçalves

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

Francisco Wellington Silva Santos

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)

TESTEMUNHAS

TESTEMUNHAS

1º NOME Weslaine Marques Batista

2º NOME Francisca Alon Fernando

CPF: 059.497.763-05

CPF: 040.853.583-08

Weslaine Marques Batista

Francisca Alon Fernando
do nascimento

ASSINATURA

ASSINATURA

COBERTURA: INVALIDEZ (X) DAMS () MORTE ()

DATA DO ACIDENTE: Invalidez

3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
José Hamilton A. Cardoso
Escritório Autorizado
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lúcio de Almeida, 122 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina - PI
Fone: (86) 3224-0100 - E-mail: atendimento@teresianacartorio.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO WELLINGTON SILVA SANTOS. DOU FE EM TEST. DA VERDADE.
Teresina - PI: 23/01/2020. Selo: AAR96958-Y8HN
www.tjpi.jus.br/portalestra

3º OFÍCIO DE NOTAS
José Hamilton Alves Cardoso - Escritório Autorizado
Emissão: 13/01/2020 10:07 FNP/PI-0.10 Selo: 0.26 Total: 4,98 - OP: 34
PROCURAÇÃO 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

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA SOCORRO GONCALVES

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

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 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

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:

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: 000000037634-5

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: 000000037634-5

Nr. da Autenticação 0523009E3DCE1967