

Browser tabs: Email - Alana, Controle de, Sistema, Sistema, Audiências, PJE Consulta pr, PJE 0800081-69, Baixar o arq, (40) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=649149&ca=a8977b82011fe40d60279653b473fee6625...

Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Portal do Advogado, Google, Zimbra: Movimenta..., Publicações, Email - Alana Lima..., Online Video Cutter...

PJE ProceComCiv 0800081-69.2021.8.18.0076
MARILENE DE OLIVEIRA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

14513107 - CONTESTAÇÃO (2782274 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 04/02/2021 14:51:01

04 Feb 2021

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 14513105 - CONTESTAÇÃO
 - 14513107 - CONTESTAÇÃO (2782274 CONTESTACAO 01)
 - 14513112 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 14513114 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 14513115 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 14513116 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

14:51

downloadBinario.seam 1 / 10 100%

2782274- C3/ 2021-00153/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE UNIAO/PI

Processo: 08000816920218180076

PT 14:51 04/02/2021



Número: **0800081-69.2021.8.18.0076**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de União (Cível)**

Última distribuição : **09/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARILENE DE OLIVEIRA SILVA (AUTOR)		FREDSON OLIVEIRA VIEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14513 112	04/02/2021 14:51	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200343393

Vítima: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

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, contados 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

Carta nº 16164508





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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200343393

Vítima: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

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: **MARILENE DE OLIVEIRA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000004288**

Conta: **000006805-5**

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: 0373365333 CPF da Vítima: 0373365333 Nome completo da vítima: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>MARILENE DE OLIVEIRA SILVA</u>		CPF titular da conta <u>0373365333</u>	Profissão <u>DO LAR</u>
Endereço <u>RUA SANTA ISABEL, VILA NOVA CONQUISTA</u>		Número <u>511</u>	Complemento
Bairro <u>VILA NOVA CONQUISTA</u>	Cidade <u>VINHO</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64120-000</u>
Email <u>marileneoliveira@hot-mail.com</u>			Telefone (DDD) <u>86 995709659</u>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <u>4288</u> D/V <u>5</u> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <u>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL</u> NRO. <u>5</u>	
CONTA NRO. <u>6805</u> D/V <u>5</u> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <u>5</u> D/V <u>5</u> (Informar dígito se existir)	

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

Vinão, 21 de Setembro de 2020

Local e Data

marileneoliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
SILVA

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001568/2020-52

Unidade de Registro: 20ª DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Vicente Oliveira De Sousa

Data/Hora: 21/09/2020 - 11:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20ª DP - UNIÃO

Data/Hora

24/05/2020 - 14:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

SAÍDA DA PI, 111 COM A PI, 112, ESTRADA DESTINO ZONA RURAL À UNIÃO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

EM FRENTE A FAZENDA DO SENHOR VALTER

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA ESPERANÇA DE OLIVEIRA SILVA

RG: 4.734.411 SSP/PI

Tipo Envolv.: VITIMA

Mãe: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Endereço: QUADRA 22 CASA 14 RUA SANTA ISABEL, Nº

Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Cidade: UNIÃO

Nome: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

RG: 2729679 SSP/PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO MIRANDA OLIVEIRA

Endereço: RUA SANTA ISABEL, QUADRA 22, Nº CASA 14

Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9574-0618

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA: CG 125 FAN KS

Ano: Placa:

2013 ODV5828 9C2JC411QDR103399

Renavam:

404427604

Cor:

Vermelha

Condutor: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

RG: 2729679 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA SANTA ISABEL, QUADRA 22 Número: CASA 14 Complemento:

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Proprietário: MARIA CILENE DE OLIVEIRA SOUSA

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADA VEIO NOTICIAR QUE NESTA DATA, LOCAL E HORA JÁ MENCIONADO, CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITO, DO DESTINO JÁ MENCIONADO, TRAZENDO COMO GARUPA SUA FILHA MENOR DE IDADE, DE NOME ACIMA QUALIFICADA ACIMA COMO VITIMA TAMBÉM, AO PARAR NO CRUZAMENTO DA PI, LOCAL, PARA VER SE VINHA ALGUM VEÍCULO PARA SEGUIR SEU DESTINO, FOI COLHIDA EM SUA MOTOCICLETA, POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, ONDE O MESMO LHE ARREMESSOU A UMA DISTÂNCIA, JUNTAMENTE COM SUA FILHA QUE CONDUZIA COMO GARUPA, E QUE A NOTICIANTE FICOU INCONSCIENTE, ONDE QUEBROU A PERNA DIREITA, E COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO, E UMA PANCADA NO ABDOME, E SUA FILHA MENOR COM UMA PANCADA NA CABEÇA QUEBRANDO O GRÂNIO, E O REFERIDO VEÍCULO NÃO PRESTANDO SOCORRO AS VÍTIMAS, EVADINDO-SE DO LOCAL, SENDO QUE TERCEIROS PASSAVAM PELO LOCAL, E VENDO O ACIDENTE CHAMARAM A AMBULÂNCIA DO SAMU, DO HOSPITAL JOSÉ DA ROCHA FURTADO, E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL LOCAL, E TRANSFERIDO DE IMEDIATO A MÃE E

Boletim de Ocorrência emitido em 24/05/2020





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

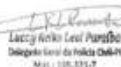
1122 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001568/2020-52

FILHA PARA O HOSPITAL HUT EM TERESINA-PI, TENDO COMO TESTEMUNHA O SENHOR, LOURENÇO FERREIRA DE ABREU, RG Nº 995.542-PI, CPF 386.871.463-68, RESIDENTE NO ASSENTAMENTO SANTA MARIA NESTE MUNICÍPIO, E O SENHOR REGINALDO PEREIRA DE SOUSA RG Nº 3.351.187-PI, CPF Nº 643.428.163-34, RESIDENTE NO BAIRRO SÃO JOÃO NESTA CIDADE. ERA O QUE TINHA A RELATAR.


Vicente Oliveira De Sousa - Mat.
AGENTE DE POL.


MARILENE DE OLIVEIRA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação


Lucio Rêgo Leal Pimenta
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 135.333-7



Seguradora LIDER **PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

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: 037833653-33 4 - Nome completo da vítima: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA S/A 6 - CPF: 037.833.653-33
 7 - Profissão: DÚ CAR 8 - Endereço: RUA SANTA ISABEL, VILA NOVA CONQUISTA 9 - Número: 5/A 10 - Complemento:
 11 - Bairro: UNISÃO 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 64120000
 15 - E-mail: fredsonoliveira@outlook.com 16 - Tel. (DDD): 86 945709659

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: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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 bancos abertos. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 4288 CONTA: 6805 5 AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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(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 Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante legal

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: LAURENÇO FERREIRA DE ABREU CPF: 386.671.463-68 Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: REGINALDO FERREIRA DE SOUSA CPF: 643.928.163-39 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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:	13/10/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000006805-5

Nr. da Autenticação 3A8CA9ED574CEAD3



equatorial
ENERGIA

Para contato
consulte, informe
esse NÚMERO! **1358132-5**

EQUATORIAL PLAZA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.201.383-5
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal **42468346**
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	31/08/2020	145	94,94

MARILENE DE OLIVEIRA SILVA
R. SANTA ISABEL S/N - VILA NOVA CONQUISTA
CPF: 00003783365333
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 260.020.13-27.539100

Atual:	Anterior:	Próxima Leitura:	Emissão:	Apresentação:	Dias de Consumo:
24/08/2020	23/07/2020	23/09/2020	23/08/2020	24/08/2020	32

Consumo Medido: 145
Consumo Faturado: 145
Forma de Faturamento: **NORMAL**
Código de Irregularidade:

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESID. B.X. RENDA	MONO	A1463635		1.4.1.1	88

HISTÓRICO kWh	Mês/ano consumo	CONSUMO	30 A R\$	70 A R\$	45 A R\$
JUL/20	159		0,271320 =	8,15	
JUN/20	173		0,465374 =	32,61	
MAI/20	124		0,698347 =	31,45	
ABR/20	117			9,84	
MAR/20	62			40,39	
FEV/20	58			30,59	
JAN/20	63			0,91	
DEZ/19	64			1,60	
NOV/19	64			0,58	
OUT/19	60				

TARIFA DE TRIBUTOS:
0 A 10 - 0,000000
31 A 100 - 0,000000
101 A 145 - 0,000000

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/08/2020, não constatamos fatura vencida
nessa Unidade Consumidora.





Prefeitura Municipal de União - PI
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
Travessa Filintino Rêgo Nº 99 Centro,
União - PI - CEP: 64120.000 - Fone: (86) 3265-2187



SAMU
192

24/05/2020

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nome do Solicitante:	Raulson	
Contato do Solicitante:		
SAIDA DO PA:	CHEGADA AO LOCAL:	SAIDA DO LOCAL:
13:50	14:05	14:24
CHEGADA AO HOSPITAL:	SAIDA DO HOSPITAL:	CHEGADA AO PA:
14:47	15:20	15:23

NOME DO PACIENTE: Marilene de Oliveira Silva
SEXO: () MAS (x) FEM IDADE: 34
LOCAL DA OCORRÊNCIA: PZ 552 (rua do Miguel Alves) perto do vulto

TIPO DE OCORRÊNCIA

() Envenenamento () Choque Elétrico () Urgência Obstétrica () Urgência Pediátrica () Ferimento Arma Branca () Fogo () Atropelamento	() Agressão Física () Afogamento () Queda () Já Removido () transferência hospitalar () Urgem. Clínica:	(x) Acidente de Moto () Acidente de Carro () Mal Súbito () Falso Chamado () Queimadura
---	--	--

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PUPILAS	FALA
(x) Alerta () Responde ao Comando () Responde a Dor () Sem resposta	(x) Iguais () Desiguais () OUTROS	(x) Normal () Confusa () Nenhuma

PULSO RADIAL:	(x) FORTE	() FRACO	() LEVE	() MODERADO	() AUSENTE
---------------	-----------	-----------	----------	--------------	-------------

SINAIS VITAIS	1ª Verificação	2ª Verificação
HORA:	14:30	
SATURAÇÃO	98	
P.A.	130x80	
PULSO	130	
RESPIRAÇÃO	20	
GLICEMIA	151	
TEMPERATURA	36	

OBSERVAÇÕES:

Paciente vítima de acidente de moto (colisão moto x carro), com lesão múltipla, apresentando ferimento exposto em MTD (tibia), apresentando-se de início de hematomas, realizando punção de aspiração + curativo com pressão e acionamento com solução fisiológica a 9%.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Aspiração () Oxigênio () Reanimação Cardio-Resp () Ventilação Artificial () Monitorização (x) Outros	(x) Imobilização de extremidades (x) Prancha (x) Colar Cervical () KED (x) Acesso Venoso - Solução fisiológica a 9%.	() Ass. Obstétrica (x) Hemostasia (x) Curativo
---	---	---

ENTRADA NO HOSPITAL

() Melhorando () Piorando (x) Inalterado () Coma	() Severa Gravidade () Média Gravidade () Pequena Gravidade () Ileso	() Indeterminado () Óbito em UTI () Óbito em Sala de Procedimentos
--	---	---

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

HOSPITAL DE DESTINO: HMU

SOCORRISTA:
Katia Maciel da Ponte
COREN-PI nº 1.254.868-7E

RECEPÇÃO DO HOSPITAL:

MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A)
Enfermeiro(a) [assinatura]
Cachoeira - PI 500





RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIAO - PI
Fone: (086) 3265 111 - 6
CNPJ: 18.088.300/0001-03
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: *Lucile* DATA: *24/05/2020* HORA: *14:40*

DADOS DO PACIENTE.

NOME: *Cláudia de Oliveira Silva* DN: *14/11/65* ID: *34666* SEXO: *F*

NOME DA MÃE: *Maria dos milagres Silva Oliveira*

RG: *2729679* CONTATO: *987666*

ENDEREÇO: *rua Santa Isabel* CEP: *64120-000*

MUNICÍPIO: *União* CIDADE: *União* UF: *PI*

TIPO DE ENCAMINHAMENTO:

☐ DEMANDA ESPONTANEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☒ SAMU ☐ PM ☐ AMBULANCIA ☐ OUTRO:

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

OTIVO DA PROCURA: ☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA ☐

VITAMINIC: _____ PA: *50/80* SAT: *98* T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

SCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

RESERVAÇÕES:

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

DRÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____ CONSELHO/REGISTRO: _____

HISTORIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO

Aduma umoto X caro, Fratura exposta na base direita.

EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☒ RX ☐ US

DIAGNÓSTICO

RX da perna direita.

CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: *16/09/2020*
Antônia R. Viana da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Tacomal - 1 amp + SF 0,9% 100ml

2. Bromopexida - 1 amp + AD, eu

Paciente regulada.

CONDUTA

☒ ALTA ☐ OBITO ☐ EVASÃO

TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

HORA/SAÍDA: _____ ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

EDICO/CRM: _____ ENFERMEIRO(A)/COREN: _____ PACIENTE: _____

MÉDICO CRM: *RCF 7440*

ENFERMEIRO(A) COREN: *Antônia R. Viana da Silva*





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA
DR. ZENON ROCHA**

NOME DO PACIENTE: Marcilene de Oliveira Silva
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 545970

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"**

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere Original





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218-6100
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.822.117/0001-92

UK
De paco

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 24/05/2020 19:54:01

(User): CARLOS KUBICKI
(Estação): SALATINA/PI

DADOS DO PACIENTE:

Prontuário: 545970

Nome: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA		Pai: FRANCISCO MIRANDA OLIVEIRA	
Mãe: MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA			
End.Resid.: RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - UNIAO - PI - CEP: 64120-000			
Nascimento: 14/11/1985	Idade: 34a6m10d	Sexo: Feminino	Fone: 86-99426-7666
Responsável: ANA REGINA	CNS: 706001863568445		
Profissão:	Documento: RG: 2729679 - PI		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteira(a)		

DO ATENDIMENTO:

Código: 780025	Entrada: 24/05/2020 19:23:11	Convênio: S D S	Proced: 0301040029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEIMAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Causa Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE, COM QUEIXA DE DOR EM MID, RELATA HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA, NEGA ALERGIAS.		THAYRES VIEIRA DA SILVA COREN 421707 Em: 24/05/2020 19:30:09

SSV: (Hora: ____:____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Leixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM USO DE CAPACETE (ATINGIDO POR COLISÃO FRONTAL POR AUTOMÓVEL), RA APROXIMADAMENTE 5 HORA. TRAZIDO PELO SAMU COM PRANCHA E COLAR. ENCAMINHADA DE PRIMEIROS ATENDIMENTOS EM HOSPITAL DE UNIAO. REFERE DOR EM MID, COM FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA/77. REFERE SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. NEGA OUTRAS QUEIXAS

A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL E INDOLOR À PALPAÇÃO;
B: BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, BOA SPO2, MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS;
C: SEM GRANDES SANGRAMENTOS, PULSO PERIFÉRICO CHEIO, BNF EM 2T, S/ SOPROS, PÉLVIS ESTÁVEL, ABDOME FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL E SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS;
D: PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, GLASGOW 4+5+6 (OU DISSER QUE A AVALIAÇÃO DO GLASGOW TA

Diagnóstico Inicial:	CID:
----------------------	------

Exames Complementares:	TOMOGRAFIA REALIZADA
(1520768) - T.C. DE CRÂNIO	DATA 24/05/2020
(1520769) - TORAX PA E PERFIL	E: C/MEIO
(1520770) - PERNAS DIREITAS	TECNICO: [assinatura]

Prescrição Médica:	TORAX REALIZADO
1) SF 0,9% 1000ML, ACM.	DATA 24/05/2020
2) DIFIRONA 500MG/ML-1AMP+AD, AGORA	E: C/MEIO
3) TILATIL 20MG- 1AMP+ AD, AGORA	TECNICO: [assinatura]

Teresa Ruyana Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 058234
SAME - HUT
Conferido com Original

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____:____
Observação (Adulto):	[assinatura]	

CARLOS ALBERTO ROSADO DA SILVA FILHO



24/05/2020

HTdra - Regulação SUS

SOLICITAÇÃO: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA - 202005241178144
STATUS: ENCERRADA

Informações Gerais

Paciente: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA - 898002734740976 - 14/11/1985 (34 anos), União. Mãe: MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA

Leito:

Class. Risco: Emergência

VISÃO GERAL

Estab. Solicitante: Hospital Dr. José da Rocha Furtado (União/PI)

Médico Solicitante: EDUARDO GARCIA CLAUDINO

Usuário Solicitante: Marcos Vinícius

Senha: 202005241178144

Observação Solicitante: Arlene da Silva Fontenele em 24/05/2020 17:11

Observação Executante:

Caráter: Urgência

Tipo de Leito: Neurocirurgia

CIDs: Traumatismo intracraniano, não especificado Fratura da diáfise da tíbia

Procedimentos:

Descrição Clínica: PACIENTE POLITRAUMATIZADO, VÍTIMA DE COLISÃO ENTRE CARRO E MOTO, APRESENTANDO TRAUMA CRANIANO, FRATURA EXPOSTA NA TÍBIA DIREITA, NÁUSEAS, VÔMITOS EM JATOS E LACERAÇÃO NA REGIÃO TEMPORAL. EP AC, TAQUICÁRDICA, RCR2T; AP MV+ SEM RA, ABDOME INOCENTE. GLASGOW 15. Visualizar mudanças (/internacoes/178144/mudanca)

Protocolo de Atendimento: Pressão Sistólica: 130
Pressão Diastólica: 80
Saturação (%): 99
Frequência Cardíaca (bpm): 136
Frequência Respiratória (rpm): 20
Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 15
Assistência Ventilatória: cateter_nasal

Observações:

Anexos: IMG_0705.jpg (/arquivos/71865/download)

MUDANÇAS QUADRO CLÍNICO

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
24/05/2020 17:11	Arlene da Silva Fontenele - Estab. Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Encerrada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento Solicitante
24/05/2020 16:57	Sara Crystina Araújo - Operador Internação - SESAPI	Encerrada	Regulado Via Central de Regulação Municipal de Teresina - HUT-127098/11042792062
24/05/2020 15:52	Marcelo Coelho Vieira Albuquerque - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	Envio para a Regulação Municipal
24/05/2020 15:51	Marcelo Coelho Vieira Albuquerque - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
24/05/2020 15:41	Arlene da Silva Fontenele - Estab. Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Pendente	

Teresa Rangel Pereira da Silva Lopes
Matrícula: 056234
SAME - HUT
Conferir com Original

<https://hydra.sesapi.pi.gov.br/internacoes/178144>



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)
315545

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	263746

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA			6 - Prontuário:	545970
7-CRG:	706001863568445	8-Nascimento:	14/11/1985	9-Sexo:	Feminino
10-Id:	MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA			12-Fone:	86-99426-7666
11-Relig:	ANA REGINA			14-Cor:	Sem Informação
15-Endiz:	RUA SANTA ISABEL QD 22 CM 13 - VILA NOVA DO PISTO - CEP: 64120-000				
16-Munic:	UNIAO	17-Cod.IBGE:	221110	18-UF:	PI
				19-CEP:	64120-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
Doi, dor e inchaço no pé

21 - Condições que justificam a internação:
fratura

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
12x

23-Diagnóstico Inicial:
Fratura da diáfise da tíbia

24-CID Prim.: **S822** 25-CID Sec.: 26-CID C.Aux.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: 0408050500	28-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	Tempo AOR: 4
29-Clinica:	30-Caráter: Isent.: 31-Declar.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CP 669.742.673-04	 Dr. Ayana Soares Aires Ortopedista CRM: 15.154/2019 RGO: 15.154/2019
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: AYRANA SOARES AIRES	34-Data Solicitação: 24/05/2020	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-) Acidente de Trânsito 37-) Acidente Trabalho Típico 38-) Acidente Trabalho Trajeto

39-) Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

40-) Nome do Profissional Autorizante: 41-) Data Autorização:

42-) Documento: 43-) Num. Documento: 44-) Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

45-) Assinatura Paciente ou Responsável:
X Ana Regina Barbosa de Castro Santos

46-) Data: 47-) Hora: 48-) Assinatura: 49-) Hora: 50-) Assinatura: 51-) Hora:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 315545
	AIH: 2220100326433
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 706001863566445	NOME DO PACIENTE MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	NASCIMENTO 14/11/1985	SEXO F	PRONTUÁRIO 545970
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA	RESPONSÁVEL ANA REGINA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA TOTOGRAFO SOLIMAR AVELINO			NÚMERO / LOTE 5081
BAIRRO BUENOS AIRES	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO UNIAO	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR, DEFORMIDADE E FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO CIRURGIA		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) RX		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		
CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA	
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) AYRANA SOARES AIRES CPF: 66974257104 CRM:
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 24/05/2020
DATA ADMISSÃO 24/05/2020 19:23	DATA ALTA 25/05/2020 09:00
MOTIVO ALTA 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: 630403290 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 23/05/2020 01:22:52 CPF: CRM: DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Edna Rosal Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 0562234
SAMBHUT
Conferir com Original

about:blank

1/





centro cirúrgico

Nome do Paciente			
Diagnóstico pré-operatório			
Operação - Tipo			
Cirurgião		1º Assinante	
2º Assinante		3º Assinante	
Instrumentador(a)		Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento) 1) Paciente em SPA sob anestesia 2) Drenagem 3) Lavagem 4) Ampla excisão de tecido / Injeção de PO q 800,9 5) Colocação de placa 6) Sutura 7) Lavagem			

MOD. 76 - HUT





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:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	263746

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	6 - Prontuário:	545970
7-CNS:	706001863568445	8-Nascimento:	14/11/1985
9-Sexo:	Feminino	RG:	2729679- PI-Exp:
11-Mae:	MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA	12-Fone:	86-99426-7666
13-Resp:	ANA REGINA	14-Fone:	86-99426-7666
15-Ende:	RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - CEP: 64120-000		
16-Munic:	UNIAO	17-Ind IRGE:	221110
		18-UF:	PI
		19-CEP:	64120-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408050500	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	
31-Cod.Procedi-mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:	Quant. Soli-cidata:
0702030902	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)	1
Fornecedor da OPM: SPINE		

38-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento:	
AYRANA SOARES AIRES	CPF	
39-Data Solicitação:	40-Mo.Soc. Méd. Solic.:	Dr. Ayrana Soares Aires Ortopedista Traumatologista (CRM)
24/05/2020	669.742.673-04	CRM: 019.019.742/CRM-MA 46546

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fixar de qual de fixa

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CMS/CPF:
51-Justificativa da "MÃO" autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CMS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(SOLIMAR BRITO)

Teresina Hospital de Urgência de Saúde Legal
Matrícula: 058234
SAÚDE - HUT
Conteúdo Original





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



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Fis Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/03/2020

NOME DO PACIENTE: <u>Márcia de Oliveira S. Silva</u>	ATUÁRIO Nº: <u>545970</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: <u>Procedimento de proct.</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Rizane</u>	CPF Nº _____
AUXILIAR: <u>Rizane</u>	CPF Nº _____
ANESTESIA: <u>Amanda Gomes</u>	CPF Nº _____
INSTRUMENTADORA: <u>Rizane</u>	CPF Nº _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI n.24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	01	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	03	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	08	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Eléctrodo		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escovos pl. digerm.		03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	"	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1.0	"	01		CIRCULANTE: <u>Valdine</u>			
PROLENO							

MOD. 94





FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO		
NOME DO PACIENTE <i>Mariene de Oliveira, Silva</i>						
DATA: <i>24/05/2010</i>	P. ARTERIAL: <i>120 x 65</i>	PULSO: <i>135</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA: <i>Compensado</i>				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA CIRCULATÓRIO: <i>Normal, isquemiado</i>				ASMA: <i>Não</i> BRONQUITE		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				SISTEMA URINÁRIO		
SISTEMA DIGESTIVO: <i>Jejum desde 12h</i>				CORTICOIDES		
ESTADO MENTAL: <i>Corrente, orientado</i>				ATARAXICOS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura exposta do LMC ⑤</i>				OUTROS		
PRE-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)				FÍSICOS		
APLICADO AS				EFEITOS		
23:10				TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO			① Chace dent		
1	500			② Identi fiozila		
2	400			③ Romilopropil		
3	300			④ Benzocaina 100		
LÍQUIDOS	SANGUE			am MSE		
1	200			⑤ Ropivacaína 0,25%		
2	100			⑥ Sufentanila 250 µg		
TEMPERATURA	C°			SEQUÊNCIA		
T	260			1 Redução		
	240			2 Lch cloro		
	2			3		
P. ARTERIAL	38			4		
V	200			5 ① Ropivacaína 15mg		
O	180			6		
PULSO	160			7		
	140			8 ② Ropivacaína 100		
INÍCIO E FIM ANESTESIA	120			9		
X	100			10 ③ Cefazolin 100		
	80			11		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	60			12 ④ Benzocaina 100		
	40			13		
RESPIRAÇÃO	20			14 ⑤ Ropivacaína 10mg		
O	10			15 ⑥ Benzocaina 100		
SÍMBOLOS				DURAÇÃO 10 min		
TÉCNICAS: <i>Rapida</i>				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES				① Depirona 2g		
CIRURGIÕES				② Propofol 40mg		
ANESTESISTAS: <i>Amanda Gomes - 114981</i>				Teresa Rayana Pereira de Sousa Lopes		
				Matrícula: 059234		
				SANE - HUT		
				Confere: <i>[Assinatura]</i> Original		
PARITICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otelo Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 09.522.937/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 117024 - Em: (25/05/2020)

Atendimento	263746	545970	Paciente:	NATIERNE DE OLIVEIRA SILVA	Dr. Marc./Jd:	14/11/1985	Clínica:	3466104	RECUPERAÇÃO POR ASBESTOSE	Infotermia:	ENTRODIA 001	LEITO 003	GIORNO CEMERENHOS ALVES DO
Evoluções:	Alergias: Diagnóstico/Comorbidades:												

Seq.:	Descrição/Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Reação:	Dil. Vol.:	Notas:	Relatório de Enfermagem:
Dieta	OMAL Tipo LITRE.								
1	CEFALOTINA SÓDICA 1g, pó F/SOL. INJ.	1,00	FRASCO	EV	4/8h		NO		
2	DIPIDONA SÓDICA 500mg/ML, INJ. 2ML.	1,00	ampola	EV	4/8h		NO		
3	TRAMADOL 100mg/2ML INJETÁVEL	1,00	ampola	EV	12/12h		BF 0,5h		
4	TRAMADOL 100mg/2ML INJETÁVEL	1,00	ampola	EV	8/8h				

Observações Gerais:

TRILCO SALTINHO
CRATIVO DIABLO
COTIDIANOS GERAIS E SINAIS VITAIS

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:51:00
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414510050300000013720017
Número do documento: 21020414510050300000013720017

Dr. Gloriano Correntin
Oncologia Translacional
CRM 34134 EOT 10029



ESQUEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Henrique de Souza Silva</u>		IDADE <u>34</u> anos	DATA <u>25/05/2020</u>		
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>24 h 30 min</u>		TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUÍDICO () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO	CIRURGIÃO		
CIRURGIA REALIZADA <u>Inf. Tórax 151</u>					

SINAIS VITAIS	HORÁRIO				
	ADMISSÃO				SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>100/45</u>	<u>100/64</u>	<u>99/72</u>	<u>107/62</u>	<u>120/65</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>97</u>	<u>99</u>	<u>90</u>	<u>97</u>	<u>98</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98</u>	<u>98</u>	<u>99</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)					
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/MATRÍCULA	<u>Coutinho</u>	<u>me</u>	<u>me</u>	<u>me</u>	<u>me</u>

ÍNDICE DE ALDRIDGE KROULIK		ADMISSÃO	SAÍDA			
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1	1	1
	É capaz de mover os membros voluntariamente e com controle	0	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1
	Tem apnéia	0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	2
	Desperta se solicitado	1	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0	0
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suprimento de O ₂	0	0	0	0	0

ESCALA DE DOR	ADMISSÃO	SAÍDA
0	☒	☒
1	☐	☐
2	☐	☐
3	☐	☐
4	☐	☐
5	☐	☐
6	☐	☐
7	☐	☐
8	☐	☐
9	☐	☐
10	☐	☐

CAUSA DE DOR	ADMISSÃO	SAÍDA
0	☒	☒
1	☐	☐
2	☐	☐
3	☐	☐
4	☐	☐
5	☐	☐
6	☐	☐
7	☐	☐
8	☐	☐
9	☐	☐
10	☐	☐

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICCO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOGÁSTRICA
ha mL	ha mL	ha mL	ha mL		
ha mL	ha mL	ha mL	ha mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

00:30 Admissão na SRPA com POE de 100 cm, curativo no
ponto de sutura no tórax. O Sonda de 100 cm no
trato respiratório, preenchendo o pulmão 98% sat. FC 90 bpm
estável, sem queixas.

02:00 Liberado para Rx e parte da me

ESCRITURA MÉDICA

Dr. Henrique Rocha
Médico Anestesiologista
CRM-PI: 4507 RQE: 2811

ANESTESIOLOGISTA

ICAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRAFICOS ()

OSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM CLÍNICA () PED () UTI () INEU () ICIR () IMPI



PRESCRIÇÃO MÉDICA

transverse

[illegible]



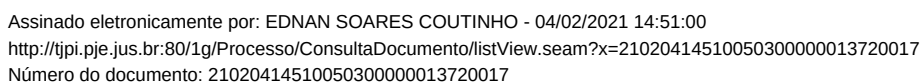
PRESCRIÇÃO MÉDICA

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

[illegible]

MOD: 007 - HUT

MÉDICO/CRM:





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: **MARILENE DE OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545970)
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 14/11/1985 Idade: 34a6m10d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780025
Requisição: 1096824 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: CARLOS ALBERTO ROSADO DA SILVA FILHO
Controle: 1520768 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 24/05/2020

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA 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.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2020

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591
Profissional Responsável

Teresa Raposo Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 058234
SAME - HUT
Conferido com Original





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARILENE DE OLIVEIRA SILVA (Prontuário: 545970)**
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 14/11/1985 Idade: 34a6m11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780025
Requisição: 1096825 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: CARLOS ALBERTO ROSADO DA SILVA FILHO
Controle: 1520769 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 24/05/2020

TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado nas incidências em PA/PERFIL.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/05/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Terceira Via para o Setor de Arquivo
Matrícula: 058234
SAME - HUT
Conteúdo com Original





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARILENE DE OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545970)
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 14/11/1985 Idade: 34a6m11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780025
Requisição: 1096825 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: CARLOS ALBERTO ROSADO DA SILVA FILHO
Controle: 1520770 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 24/05/2020

PERNA DIREITA

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

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

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/05/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Teresa Regina Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 056234
SAME - HUT
Contato com Original



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARILENE DE OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545970)
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 14/11/1985 Idade: 34a6m16d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 263745
Requisição: 1096949 Solicitação: 25/05/2020 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES
Controle: 1521152 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 40

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 25/05/2020

PERNA DIREITA

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

- Fraturas recentes alinhadas nas diáfises dos ossos da perna com presença de placas e parafusos metálicos na tibia.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 30/05/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Teresa Regina Pereira de Sousa Leite
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confirmação Original



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

CARTeira DE IDENTIDADE

marilene de oliveira silva

ASSINATURA DO TITULAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2.729.679

DATA DE EXPEDIÇÃO: 25/07/05

NOME: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

PROFISSÃO:

MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA

FRANCISCO MIRANDA OLIVEIRA

NACIONALIDADE: ALTOS-PI

DATA DE NASCIMENTO: 14/11/1985

CERT. NASC. 27801 L A28 F 198

EXP. ALTOS-PI 14/08/00

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número: 037.833.653-33

Nome: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Nascimento: 14/11/1985

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
8D0E.BEEB.F6DD.2C1A

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 16:04:03 do dia 18/07/2014 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 010103659576
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 494427604 RNTC: 000028444 EXERCÍCIO: 2012

0958 494d 20E2 5196 f0af ed18 cdfb fbf4 ad71 8d11 2812

MARIA CIRLENE DE OLIVEIRA SOUSA

02377964303 PLACA: ODV-5828

9C2JC4110DR103399

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTÍVEL: **GASOLINA**

HONDA/CG 125 FAN K8 ANO FAB: 2012 ANO MD: 2013

02P/0124CC CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **VERMELHA**

IPVA

PAGO

SEGURO OBRIGATORIO

PBT: 001.08

ALIANÇA FIDUCIARIA

ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

UNIAO DATA: 09/11/2012

JOSE ANTONIO VASCONCELOS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200343393 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.(P-1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-PLACAS,PARAFUSOS)E ALTA MÉDICA.
P-6-8-9-10-12-20

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: 3200343393 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TIBIA DIREITA.(P-1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE,PLACAS,PARAFUSOS,FIXAÇÃO)E ALTA MÉDICA.
P-6-8-9-10-12-20

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO 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 MODERADO 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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

