

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO CERAL 214.225  
AG 00985-7  
0502251-7

NOME ANTONIO GOMES DA SILVA

FILIAÇÃO Pedro Gomes da Silva  
Raimunda Maria da Silva

Campo Maior-PI 01/Jan/1951

NATURALIDADE DATA DO NASCIMENTO

14 Jun 1976

*Antonio Gomes da Silva*

DIRETOR

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)





Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

609174-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CPF: 06.540.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 000322203

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\$)
ABRIL/2016	18/04/2016	130	95,95

ANTONIO GOMES DA SILVA  
FZ SANTO ANTONIO S/N GARIBALDE B-RURAL  
CPF: 000000000000000000  
CEP: 64.270-000 - CAPITAO DE CAMPOS

ROT: 129.318 07.49.093000

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	9014	Atual:	11/04/2016
Anterior:	8884	Anterior:	11/03/2016
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	11/05/2016
Consumo Medido:	130	Emissão:	11/04/2016
Consumo Faturado:	130	Apresentação:	11/04/2016

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1401410		1.1.1.1	217

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
MAR/16	129	CONSUMO	130 A R\$ 0,600276 = 78,03
FEV/16	144	CONTR. ILUMINACAO PUB (COSIP)	14,61
JAN/16	325	CORRECAO MONETARIA IG 02/16-00	0,73
DEZ/15	316	MULTA POR ATRASO 02/16-00	1,91
NOV/15	371	JUROS DE MORA DE IMPO 02/16-00	0,67
OUT/15	302	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,25	
SET/15	320		
AGO/15	236		
JUL/15	160		
JUN/15	132		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 03/2016 \* 102,00

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/04/2016. O não pagamento poderá gerar também o inclusão do nome do consumidor no CEPER. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO, EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUS

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	19,98	Base de Cálculo:	78,03
Energia:	29,41	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	2,71	Valor do ICMS:	15,60
Encargos:	6,35	Valor do PIS:	0,71
Tributos:	19,58	Valor do COFINS:	3,27

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC		FIC		DMIC		DICRI
	Receita	Transmissão	Atividade	Atividade	Receita	Receita	Mensal
Receita	6,03	12,06	24,12	3,61	7,22	14,45	3,54
Receita	0,00			0,00			0,00
Resultado	PIRTPRT		Resultado de operação		02/2016	EURO	34,40

edson 99429-6342



*Dra. Luísa Eudes da Silva*

OAB/PI 14.406

(86) 9 9987-8041

(86) 9 8114-0956

dra.luiseudes@outlook.com

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"**

Antônio Gomes da Silva, brasileiro(a),  
piauiense, casado, lavrador, com  
RG sob o número 214.275., CPF de nº  
098.349.753-72 residente e domiciliada na  
Comunidade Cana Preta,  
Bairro Zona Rural, Cidade de Cap. Campos Estado do Piauí,  
CEP 64270-000, sem endereço eletrônico, nomeia e constitui seus  
procuradores o Dr. CAIO MARTINS PINTO, brasileiro, piauiense, solteiro, advogado  
inscrito na OAB/PI com o número 13.291 e a Dra. LUISA EUDES DA SILVA,  
brasileira, piauiense, solteira, advogada inscrita na OAB/PI sob o nº. 14.406, com  
escritório situado na Rua Francisco Evangelista de Sousa, Número 170, Bairro Floresta,  
Piripiri - PI, CEP 64.260-000, telefones (86) 9 9987-8041 e (86) 9 8114-0956, a quem  
confere amplos poderes para o foro em geral, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste  
mandato, com cláusula "ad-judicia ET EXTRA", conforme estabelecido no artigo 38 do  
Código de Processo Civil, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes  
e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os  
recursos legais e acompanhando-o, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para  
confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação,  
praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e  
órgãos da administração pública direta e indireta, praticar qualquer atos perante  
particulares ou empresas privadas, recorrer a qualquer instancia e tribunais, podendo  
atuar em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com  
ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Antônio Gomes da Silva

**OUTORGANTE**



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 103330.000068/2016-65

Unidade Policial: 6 - DRPC - PIRIPIRI

Resp. pelo Registro: Wagner Do Nascimento Vieira

Data/Hora: 26/07/2016 - 14:20

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

6 - DRPC - PIRIPIRI

22/06/2016 - 17:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PIRIPIRI

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

LOCALIDADE PURÃO Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO GOMES DA SILVA  
 Titulo: COMUNHEA MARIA DA SILVA  
 Endereço: FAZENDA SANTO ANTONIO, Nº  
 Complemento: GARIBALDE, ZONA RURAL  
 Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO  
 Cidade: CAPITAL DE CAMPOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	NXR 150 BROS ES	2012	ODX0182	9C2KD0550CR551837		Preta

Condutor: ANTONIO GOMES DA SILVA  
 End: FAZENDA SANTO ANTONIO Número: Complemento: GARIBALDE, ZONA RURAL  
 Cidade: CAPITAL DE CAMPOS UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA VEIO A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA RELATAR QUE NA TARDE DO DIA 22/06/16, APROXIMADAMENTE ÀS 17H30MIN, SAIU DE SUA RESIDENCIA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA POR UMA ESTRADA CARROCAVEL, SENTIDO A CIDADE CAPITAL DE CAMPOS, QUE AO CHEGAR NA LOCALIDADE PURAO, UM ANIMAL DE GRANDE PORTE (UM CAVALO) ADENTROU NA VIA POR ONDE PASSAVA, EM ALTA VELOCIDADE, E SEM CONDIÇÕES DE DESVIAR DO ANIMAL VEIO A COLIDIR COM O MESMO, QUE NA COLISAO FOI AO SOLO E NA QUEDA FICOU SENTINDO MUITA DOR EM PERNA DIREITA, QUE NÃO FOI SOCORRIDO POR NENHUM ORGAO PUBLICO COMO SAMU, POLICIA OU GUARDA MUNICIPAL, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE POR ALI PASSAVAM O SR. FRANCISCO DE ASSIS LOPES (CPF Nº 361.521.613-04) E A SRª FRANCISCA DE SALES SILVA (CPF Nº 771.917.063-08) EM UM VEICULO E O LEVARAM AO HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES DE PIRIPIRI, LOCAL ONDE RECEBEU ANTEDIMENTO, QUE PASSOU POR EXAMES E RAIOS X, E FICOU CONSTATADO FRATURA EM TIBIA DIREITA, QUE FICOU INTERNADO E EM SEGUIDA PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRURGICO, COMO MOSTRA DOCUMENTOS HOSPITALAR EM ANEXO, QUE A MOTOCICLETA ESTA LICENCIADA EM SEU PRÓPRIO NOME.

Wagner Do Nascimento Vieira - Mat. 2306921  
 AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIO GOMES DA SILVA - Notificante  
 Responsável pela informação



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

305 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 103330.000068/2016-65

FRANCISCO JORGE TERCEIRO SILVA





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2016

Carta nº: 9859270

A/C: ANTONIO GOMES DA SILVA

Sinistro: 3160535768 ASL-1047017/16  
Vitima: ANTONIO GOMES DA SILVA  
Data Acidente: 22/06/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: SERGIO HENRIQUE NOBRE DA COSTA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ANTONIO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000000985-7

Conta: 000003764-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00655/00656 - carta\_15R



00030328

Correspondente do Banco Bradesco S.A.  
FRANCISCO JANIO DE SOUSA COMERCIO - ME  
RUA ACELINO RESENDE 375  
Term. Net-Iso 00033494 Data 12/08/2016  
Data: 12/08/2016 Hora de Brasilia: 09:12

Deposito em Conta Corrente

Favorecido  
Banco : 237  
Agencia: 00985 - CAMPO MAIOR  
Conta : 0000000003764-8  
Nome : ANTONIO GOMES DA SILVA

Depositante : O PROPRIO

FAVORECIDO

Valor em dinheiro	20.00
Valor em cheque	0.00
Valor total	20.00

Ag. Bradesco : 0985 - CAMPO MAIOR  
Corresp. Banc. : 095 - MERCADINHO DA  
FAMILIA  
NSU: 026529699710 Autenticacao: 773826

O MERCADINHO DA FAMILIA atua como  
Correspondente Bancario do Banco  
Bradesco S/A.

Conserve este Recibo

QUITADORTA BRADESCO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ANTONIO GOMES DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 314.225 e inscrito no CPF/MF sob o nº 096.349.753-72 residente e domiciliado na FAZENDA SANTO ANTONIO S/A - GARIBALDE - ZONA RURAL Cidade CAPTÃO DE CAMPOS, Estado PIAUI, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Antonio Gomes da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

PRIZIPRI-PI 29 DE AGOSTO DE 2016.

Local e data

Correspondente do Banco Bradesco S.A.  
FRANCISCO JANIO DE SOUSA COMERCIO - ME  
RUA ACELINO RESENDE 375  
Term. Net-Iso 00033494 Data 12/08/2016  
Data: 12/08/2016 Hora de Brasilia: 09:12

Deposito em Conta Corrente

Favorecido  
Banco : 237  
Agencia: 00985 - CAMPO MAIOR  
Conta : 0000000003764-8  
Nome : ANTONIO GOMES DA SILVA

Depositante : O PROPRIO

FAVORECIDO

Valor em dinheiro	20.00
Valor em cheque	0.00
Valor total	20.00

Ag. Bradesco : 0985 - CAMPO MAIOR  
Corresp. Banc. : 095 - MERCADINHO DA  
FAMILIA  
NSU: 026529699710 Autenticacao: 773826

O MERCADINHO DA FAMILIA atua como  
Correspondente Bancario do Banco  
Bradesco S/A.

Conserve este Recibo

QUITADORTA BRADESCO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ANTONIO GOMES DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 314.225 e inscrito no CPF/MF sob o nº 096.349.753-72 residente e domiciliado na FAZENDA SANTO ANTONIO S/A - GARIBALDE - ZONA RURAL Cidade CAPTÃO DE CAMPOS, Estado PIAUÍ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Antonio Gomes da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

PRIZIPRI-PI 29 DE AGOSTO DE 2016.

Local e data

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012038013120  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00454037554		2016
NOME			
ANTONIO GOMES DA SILVA			
*****			
*****			
CPF / CNPJ	PLACA		
09634975372	ODX-0182		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
-	9C2KD0550CR551837		

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLE/NENHUMA	ALCOOL/GAS	
MARCA / MODELO	ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/NXR150 BROS ES	2012 2012	
CAP / POT / OIL	CATEGORIA	CCR PREDOMINANTE
02P/0149CC	PARTICU	PRETA
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
		1ª IPVA
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª
		3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO G. PAGO			

SEM RESTRICÕES  
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL	DATA
CAPITAO DE CAMPOS	12/04/2016

SEBASTIÃO MARTINS DO ROSO LOBATO  
DIRETOR-GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012038013120 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	09634975372	ODX-0182
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00454037554	HONDA/NXR150 BROS ES	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2012	09	9C2KD0550CR551837

PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
000,00	000,00	292,01
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	18/02/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

ABR / 2016



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
 AV. DR. PADUA MENDES,  
 CENTRO, PIRIPIRI/PI - 64260-000  
 CNPJ: 0655352/000480  
 (89) 3276-3362 - (89) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P048477 Registro: 29840  
 Data: 22/06/2016 Hora: 18:26:00  
 Funcionario: TATILA Tipo: CONSULTA  
 Sexo: MASCULINO

Senha 144

SUS

ANTONIO GOMES DA SILVA

CPF: 096.349.753-72 - RG: 214225 - SUS: 898003227181918

Idade: 55 ANOS, 5 MESES, 21 DIAS Profissão: Civil: CEP: 64260-000  
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: PIRIPIRI/PI  
 Mãe: RAIMUNDA MARIA DA SILVA Pai:

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6315 - NORMA SARMENTO  
 Responsavel: ANTONIO GOMES DA SILVA - O MESMO Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

22/06/2016 18:26 01 CONSULTA (CLINICA MEDICA)  
 Vermelha - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não Urgente

Queixa principal: SUSPEITA DE FRATURA

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

*Tranque para  
 do, do ombro  
 A om para  
 do, dele para todo*

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Procedimentos/exames realizados:	Ass. Técnico

*Antonio Gomes da Silva*

Responsavel: ANTONIO GOMES DA SILVA

*Dr. Renato Jorge S. Oliveira  
 CRM 101.111/15.000-0*

6315 - NORMA SARMENTO



ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA/LEITO: \_\_\_\_\_ CLÍNICA: \_\_\_\_\_

NOME: Antonio Gomes do Silva

DIAGNÓSTICO: Fratura de omoplata de CID:   
perna direita

CIRURGIA: RATC omoplata de PROCEDIMENTO:   
perna direita

CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESISTA: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

TÉCNICA CIRÚRGICA

paciente em PRH sob anestesia  
gaseosa + antiemético  
Associação de compressas resfriadas  
iniciais em fase inicial perna  
direita com infiltrações sob planos  
superficiais de placa moldada +  
parafusos após redução exata do protuber  
cavidade apical com compressas  
de cavidade  
Aproximadas de planos profundos  
e de bordas de pele  
curativo estéril  
R/S

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA  
Dr. Adriel Leão  
CRM/PI 3888 TEOT 14004  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo



ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO DE ANESTESIA

NOME *Ante Gomes da Luz*

DATA \_\_\_\_\_ ENFERMÁRIA \_\_\_\_\_ CLÍNICA \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_ SEXO  M  F COR \_\_\_\_\_ PESO (KG) \_\_\_\_\_ ALTURA (CM) \_\_\_\_\_ ASA \_\_\_\_\_ MALLAMPATTI \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO *fratura de fêmur*

TIPO DE CIRURGIÁ *Trat. Cirúrgica*

MEDICAMENTOS EM USO \_\_\_\_\_

TEMPERATURA \_\_\_\_\_ PRESSÃO ARTERIAL \_\_\_\_\_ FREQ. CARDÍACA \_\_\_\_\_ HTM \_\_\_\_\_ HTC \_\_\_\_\_ HB \_\_\_\_\_ LEUCOMETRIA \_\_\_\_\_

GLICEMIA \_\_\_\_\_ URÉIA / CREATININA \_\_\_\_\_ SÓDIO / POTÁSSIO \_\_\_\_\_ PLAQUETAS \_\_\_\_\_ TAP / TTPA / RNI \_\_\_\_\_ OUTROS \_\_\_\_\_

ALERGIAS \_\_\_\_\_

COMPLICAÇÕES EM ANESTESIAS ANTERIORES \_\_\_\_\_

TEMPO DE JEJUM \_\_\_\_\_ ESTADO FÍSICO \_\_\_\_\_ ECG \_\_\_\_\_ RX TÓRAX \_\_\_\_\_ ANESTESIA PROPOSTA \_\_\_\_\_ ELETIVA  URGÊNCIA

ECTOSCOPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SIST. NERV. CENTRAL	OBS. COMPLEMENTARES
<input checked="" type="checkbox"/> BOM ESTADO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> HEMODINÂMICA ESTÁVEL	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEIA	<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO	
<input type="checkbox"/> ESTADO GERAL REGULAR	<input type="checkbox"/> HEMODINÂMICA INSTÁVEL	<input type="checkbox"/> MV FISIOLÓGICO	<input type="checkbox"/> LÚCIDO	
<input type="checkbox"/> ESTADO GERAL PRECÁRIO	<input type="checkbox"/> TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA	<input type="checkbox"/> ORIENTADO	
<input type="checkbox"/> CORADO	<input type="checkbox"/> BRADICARDIA	<input type="checkbox"/> DISPNEIA	<input type="checkbox"/> SONOLENTO	
<input type="checkbox"/> ESCORADO - PÁLIDO	<input type="checkbox"/> PRESSÃO ARTERIAL NORMAL	<input type="checkbox"/> MV DIMINUÍDO	<input type="checkbox"/> DESORIENTADO	
<input type="checkbox"/> HIDRATADO	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL	<input type="checkbox"/> SIBILOS	<input type="checkbox"/> ANSIOSO	
<input type="checkbox"/> DESIDRATADO	<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO ARTERIAL	<input type="checkbox"/> BRONCOESPASMO	<input type="checkbox"/> AGITADO	
<input type="checkbox"/> ICTÉRICO	<input type="checkbox"/> CHOQUE	<input type="checkbox"/> RONCO / ESTERTORES	<input type="checkbox"/> COMA	
<input type="checkbox"/> ANICTÉRICO	<input type="checkbox"/> RITMO CARDÍACO R 2 T	<input type="checkbox"/> TOSSE	<input type="checkbox"/> ISOCORIA	
<input type="checkbox"/> CIANÓTICO	<input type="checkbox"/> ARRITÍMICO	<input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> ANISOCORIA	
<input type="checkbox"/> ACIANÓTICO	<input type="checkbox"/> EXTRASSÍSTOLES	<input type="checkbox"/> SUDORESE	<input type="checkbox"/> DÉFICIT MOTOR	

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	DOSE	HORA	EFEITO

INTERVALO ANESTÉSICO \_\_\_\_\_

	OXIGÊNIO L / MIN	OXÍDO NITROSOL / MIN	HALOTANO	ISOFLURANO	SEVOFLURANO	VOL. TOTAL:
A						
G						
E						
N						
T						
E						
S						

LÍQUIDOS ENDOVENOSOS *(SF) (SF) (SF)*

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ENTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

2 - CNES  
2777746

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

4 - CNES  
2777746

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE  
ANTONIO GOMES DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
29840

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
898003227181918

8 - DATA DE NASCIMENTO  
01/01/1951

9 - SEXO  
Masc X 1 Fem 2

10 - NOME DA MÃE  
RAIMUNDA MARIA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO  
( ) -

12 - ENDERECO  
CANAFISTA S/N 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA  
PIRIPIRI

14 - CÓD IBGE MUNICIPIO  
2208403

15 - UF  
PI

16 - CEP  
64260-000

**JUSTIFICATIVA DA**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS  
*Trauma na perna di-  
rta e impossibilidade  
de andar*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
*A seguir*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
*Ampliação*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
*Frnt - Tibia*

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDARIO 23 - CAUSAS ASSOC

*Dr. Renato Jorge C. Oliveira  
ORTOPEDISTA  
CPF 182.043.783-92 - ERM 15324*

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
*Trauma*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLINICA  
CLINICA MEDICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO  
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO  
( ) CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
30318548372

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
ANTONIA BOMFIM M DE OLIVEIRA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
22/06/2016

32 - ASS. E CARIMBO DO CRM  
*Dr. Renato Jorge C. Oliveira  
ORTOPEDISTA  
CPF 182.043.783-92*

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRAB TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRAB TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
TIAGO DOS SANTOS SILVA

44 - COD. ORGÃO EMISSOR  
M230350101

45 - DOCUMENTO  
( ) CNS (x) CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
01471547310

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP







ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA/LEITO: \_\_\_\_\_ CLÍNICA: \_\_\_\_\_

NOME: *Antonio Gomes do Silva*

DIAGNÓSTICO: *Fratura de omómero direito* CID:

CIRURGIA: *RATC omómero direito* PROCEDIMENTO:

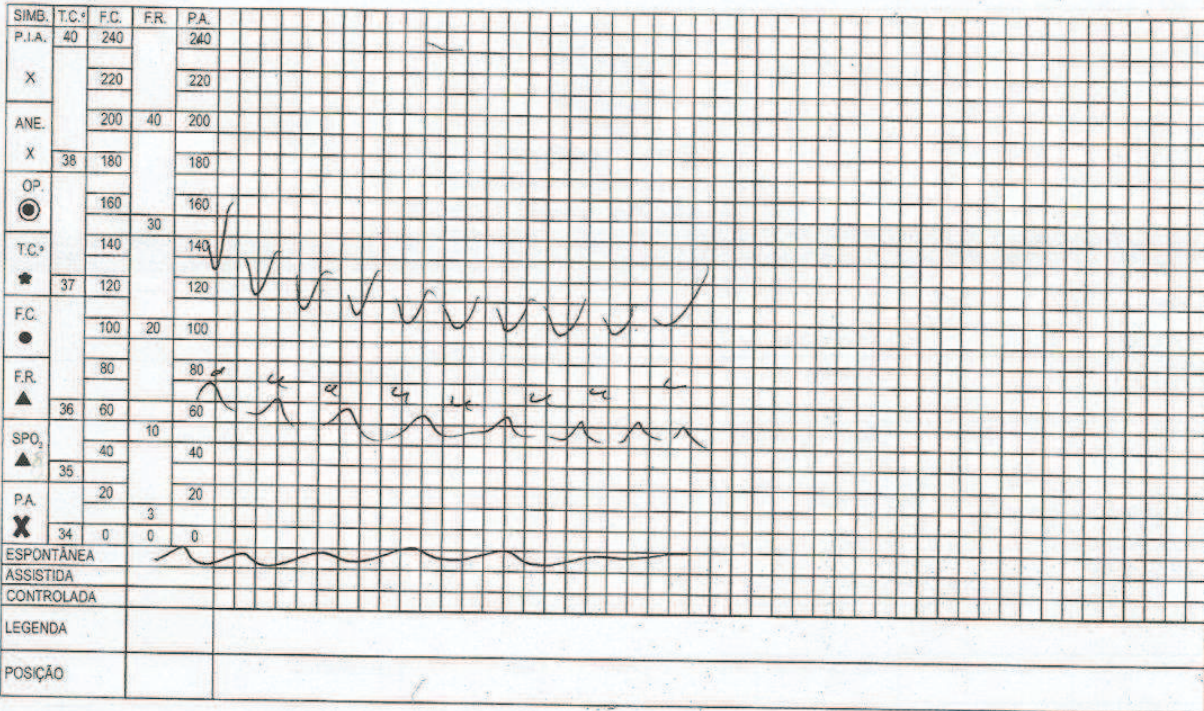
CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESISTA: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

TÉCNICA CIRÚRGICA

*paciente em PDH sob anestesia  
Apropria + antiemética  
Associação de curvas estereométricas  
incisas em face medial omómero  
direito com drenagem sob plano  
Associação de placa moldada +  
parafusos após redução exato do protuberância  
+ cavidade epiole com como fitula de  
de cavidades  
Aproximadas de planos profundos  
e de bordos de pele  
curativo estéril  
RS*

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA  
*Dr. Adriel Leão*  
CRM/PI 3888 TEOT 14004  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo



A	DROGAS / CONCENTRAÇÃO / VIA	DOSE	TECNICA ANESTÉSICA	MONITORIZAÇÃO
A	Celaçolera 2y		B87 ag 27G Q3-L	<input type="checkbox"/> E.C.G. <input checked="" type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> P.I.A.
B			PAC - ASXPLU	<input checked="" type="checkbox"/> P.N.I. <input type="checkbox"/> CO. <input type="checkbox"/> AGENTES
C	Micadron 10y			INTERCORRÊNCIAS
D			NUOCANA P. 15y	
E	Miprona 2y		Morbra 60y	
F				
G	Bonvent 5y			
H			<input type="checkbox"/> T.O.T. Nº: <input type="checkbox"/> T.N.T. Nº:	<input type="checkbox"/> M. LARÍNGEA Nº: <input type="checkbox"/> M. FACIAL:
I			INÍCIO	FIM
J				DURAÇÃO
K			SF:	RL:
L			RS:	SG:
M			CH:	PL:
N			ANESTESISTA	CIRURGIÃO
O			Eduardo	Adriul
P				

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA		
HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ANOTAÇÕES

ALTA PARA ENFERMARIA	MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA



ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO DE ANESTESIA

NOME: *Ante Gomes da Lira*

DATA		ENFERMARIA			CLÍNICA	
IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR	PESO (KG)	ALTURA (CM)	ASA	MALLAMPATTI
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>fratura de fêmur</i>						
TIPO DE CIRURGIA <i>Trat. Cirúrgico</i>						
MEDICAMENTOS EM USO						
TEMPERATURA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	HTM	HTC	HB	LEUCOMETRIA
GLICEMIA	URÉIA / CREATININA	SÓDIO / POTÁSSIO	PLAQUETAS	TAP / TTPA / RNI	OUTROS	
ALERGIAS						
COMPLICAÇÕES EM ANESTESIAS ANTERIORES						
TEMPO DE JEJUM	ESTADO FÍSICO	ECG	RX TÓRAX	ANESTESIA PROPOSTA	ELETIVA <input checked="" type="checkbox"/>	URGÊNCIA <input type="checkbox"/>

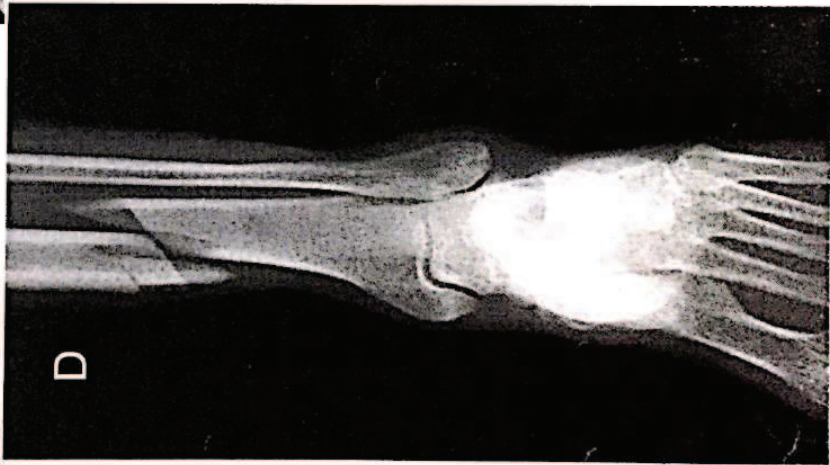
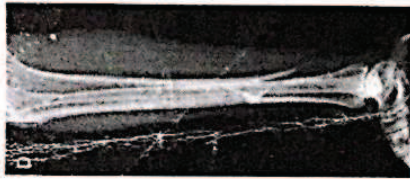
ECTOSCOPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SIST. NERV. CENTRAL	OBS. COMPLEMENTARES
<input checked="" type="checkbox"/> BOM ESTADO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> HEMODINÂMICA ESTÁVEL	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEIA	<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO	
<input type="checkbox"/> ESTADO GERAL REGULAR	<input type="checkbox"/> HEMODINÂMICA INSTÁVEL	<input type="checkbox"/> MV FISIOLÓGICO	<input type="checkbox"/> LÚCIDO	
<input type="checkbox"/> ESTADO GERAL PRECÁRIO	<input type="checkbox"/> TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA	<input type="checkbox"/> ORIENTADO	
<input type="checkbox"/> CORADO	<input type="checkbox"/> BRADICARDIA	<input type="checkbox"/> DISPNEIA	<input type="checkbox"/> SONOLENTO	
<input type="checkbox"/> DESCORADO - PÁLIDO	<input type="checkbox"/> PRESSÃO ARTERIAL NORMAL	<input type="checkbox"/> MV DIMINUÍDO	<input type="checkbox"/> DESORIENTADO	
<input type="checkbox"/> HIDRATADO	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL	<input type="checkbox"/> SIBILOS	<input type="checkbox"/> ANSIOSO	
<input type="checkbox"/> DESIDRATADO	<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO ARTERIAL	<input type="checkbox"/> BRONCOESPASMO	<input type="checkbox"/> AGITADO	
<input type="checkbox"/> ICTÉRICO	<input type="checkbox"/> CHOQUE	<input type="checkbox"/> RONCO / ESTERTORES	<input type="checkbox"/> COMA	
<input type="checkbox"/> ANICTÉRICO	<input type="checkbox"/> RITMO CARDÍACO R 2 T	<input type="checkbox"/> TOSSE	<input type="checkbox"/> ISOCORIA	
<input type="checkbox"/> CIANÓTICO	<input type="checkbox"/> ARRITMICO	<input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/> ANISOCORIA	
<input type="checkbox"/> ACIANÓTICO	<input type="checkbox"/> EXTRASSISTOLES	<input type="checkbox"/> SUDORESE	<input type="checkbox"/> DÉFICIT MOTOR	

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	DOSE	HORA	EFEITO
INTERVALO ANESTÉSICO			
A G E N T E S	OXIGÊNIO L/MIN		
	ÓXIDO NITROSO L/MIN		
	HALOTANO		VOL. TOTAL:
	ISOFLURANO		VOL. TOTAL:
	SEVOFLURANO		VOL. TOTAL:
LÍQUIDOS ENDOVENOSOS	<i>(SF) (SF) (SF)</i>		

HRCR: HRCR  
Paciente: ANTONIO GOMES DA SILVA  
Sexo: M Idade: 065Y

WC: 362  
WW: 664

Técnico: MATEUS  
Dia: 22/06/2016 Hora: 18:40



Atendimento	103269
Data:	22/06/2016
Hora:	18:41

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
AV. DR. PADUA MENDES, 300  
PIRIPIRI/PI

Nº AIH
TATILA

## BOLETIM DE ADMISSÃO

**29840 - ANTONIO GOMES DA SILVA**

- Sexo: MASCULINO - 01/01/1951 - 65 ANOS, 5 MESES, 21 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: CM09- CLINICA CIRURGICA Leito: CM0906 Naturalidade:

Escolaridade: Médico: 1954 - ANTONIA BOMFIM M DE OLIVEIRA  
CPF: 096.349.753-72 RG: 214225 C/N: CNS: 898003227181918

Endereço: CANAFISTA S/N, Nº 0 - CEP: 64260-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2208403- PIRIPIRI/PI Profissão: Telefone: ( ) -

Pai: Mãe: RAIMUNDA MARIA DA SILVA

Responsável: ANTONIO GOMES DA SILVA - ( ) - - O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

### Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido

### História Clínica

*Inflamação na parede*

*doz. abdominal*

Diagnóstico Provável

*enf. Tuberculose*

Dr. Renato Jorge C. Oliveira  
Ortopedia - Traumatologia  
ANTONIA BOMFIM M DE OLIVEIRA





HOSPITAL REGIONAL CRAGAS RODRIGUES  
 AV. DR. PADUA MENDES  
 CENTRO, PIRIPIRI/PI - 64260-000  
 CNPJ: 06553564000480  
 (89) 3276-3362 - (89) 3276-3362

*Atendimento*

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)  
 Atendimento: P048477 Registro: 29840  
 Data: 22/06/2016 Hora: 18:26:00  
 Funcionario: TATILA Tipo: CONSULTA  
 Sexo: MASCULINO

Senha 144

SUS

**ANTONIO GOMES DA SILVA** CPF: 096.349.753-72 - RG: 214225 - SUS: 898003227181918  
 Idade: 65 ANOS 5 MESES, 21 DIAS Profissão: Civil: CEP: 64260-000  
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: PIRIPIRI/PI  
 Mãe: RAIMUNDA MARIA DA SILVA Pai:

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6315 - NORMA SARMENTO  
 Responsavel: ANTONIO GOMES DA SILVA - O MESMO Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0

**Procedimentos**

22/06/2016 18:26 01 CONSULTA (CLINICA MEDICA)  
 Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não Urgente

Queixa principal: SUSPEITA DE FRATURA

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

*de muito  
 Truque para  
 Dr. Atômico  
 A com m...  
 d, T... f... loto*

Procedimentos/exames realizados:	Ass. Técnico

*DR. ASYL*  
*(Rina)*  
*Antonio Gomes da Silva*  
 Responsavel: ANTONIO GOMES DA SILVA

*Dr. Renato Jorge C. Oliveira*  
 6315 - NORMA SARMENTO





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
PIRIPIRI - PIAUÍ



## ATESTADO MÉDICO

Atesto que Antonio Gomes da  
Silva Cart. Prof. Nº \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_  
necessita de 15 dias de licença para tratamento de saúde a partir  
de \_\_\_\_\_

CID: 5822

Piripiri, 25 de 06 de 20 16

  
Dr. Adriel Leão  
CRM/PI 3888 TEOT 14004  
Ortopedia e Traumatologia  
Especialista em Ombro e Cotovelo

Assinatura do Médico(a)

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



**ESTADO DO PIAUÍ**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES**  
**BOLETIM DE GASTO CIRÚRGICO**

Nome: Antonio Gomes da Silva

ENFERMARIA	LEITO	CIRURGIÃO	ANESTESISTA
CIRURGIA			
INÍCIO	TERMINO	ANESTESIA	

MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE
AGULHA 13 x 4,5			ATADURA GESSADA		3	EFEDRINA		
AGULHA 25 x 7		1	MICROPORE			FUROSEMIDA/PROMETAZINA		
AGULHA 30 x 7			ESPARADRAPO			GLICOSE 25%		
AGULHA 30 x 8						GLICOSE 50%		
AGULHA 40 x 12		1	<b>FIOS CIRÚRGICOS</b>			GLUCONATO DE CÁLCIO		
AGULHA DE RAQUE 20G x 3			MONONYLON Nº 0			HEPARINA		
AGULHA DE RAQUE 22G x 2			MONONYLON Nº 1			NITROPRUSSIATO		
AGULHA DE RAQUE 22G x 3			MONONYLON Nº 2			PROSTIGIMINE		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3		1	MONONYLON Nº 3		2	METOCLOPRAMIDA		
AGULHA DE RAQUE 26G x 3			MONONYLON Nº 4			SUCCINILCOLINA		
AGULHA DE RAQUE 27G x 3			MONONYLON Nº 5			SULFATO DE MAGNÉSIO		
SERINGA 1 ML			MONONYLON Nº 6			METILPREDNISOLONA		
SERINGA 5 ML		1	MONONYLON Nº 7			DICLOFENACO		
SERINGA 10 ML		1	VICRYL Nº 0					
SERINGA 20 ML			VICRYL Nº 1			<b>ANTIBIÓTICOS</b>		
SERINGA 50 ML			VICRYL Nº 2		2	AMPICILINA		
SERINGA 60 ML			VICRYL Nº 3			CEFALOTINA		
CATETER JELCO Nº 14			VICRYL Nº 4			CEFAZOLINA		
CATETER JELCO Nº 16			VICRYL Nº 5			CEFTRIAXONA	-	2
CATETER JELCO Nº 18		1	VICRYL Nº 6			GENTAMICINA		
CATETER JELCO Nº 22			CAT GUT SIMPLES Nº			METRONIDAZOL		
CATETER JELCO Nº 24			CAT GUT SIMPLES Nº					
CATETER PERIDURAL			CATGUT CROMADO Nº			<b>SOROS</b>		
SCALP Nº 19			CATGUT CROMADO Nº			FISIOLÓGICO 250ML		
SCALP Nº 21						FISIOLÓGICO 500ML		
SCALP Nº 23			<b>SOLUÇÕES</b>			GLICOSADO 5% 250ML		1000
SCALP Nº 25			ÁLCOOL 70%			GLICOSADO 5% 500ML		
SCALP Nº 27			ÁLCOOL 90%			RINGER LACTADO 500ML		
EQUIPO INJ. LATERAL			PVPI TÓPICO	ml	100	MANITOL		
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS			PVPI DEGERMANTE	ml	100			
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS						<b>PSICOTRÓPICOS</b>		
EQUIPO MACROGOTAS		1	ÁLCOOL IODADO			MIDAZOLAN 15MG		
EQUIPO MICROGOTAS			ÁGUA OXIGENADA			MIDAZOLAN 50MG		
EQUIPO DE SANGUE			VASELINA LÍQUIDA			DOMOTIDLOSSAL		
DRENO DE PENROSE Nº			FORMOL			FENTANIL FRASCO		
DRENO DE SUÇÃO Nº			CLOREXIDINA			FENTANIL AMPOLA		
DRENO DE TÓRAX Nº			<b>ANESTÉSICOS</b>			PROPOFOL		
UROFIX SIST. ABERTO			XYLOCAÍNA GEL			HALOTANO		
UROFIX SIST. FECHADO			XYLOCAÍNA SPRAY			ENFLURANO		
ELETRODOS			XYLOCAÍNA 2% S/V			ISOFLURANO		
LÂMINA Nº 11			NEOCAÍNA PESADA		1	SEVOFURANO 100MG		
LÂMINA Nº 15			NEOCAÍNA 0,5% S/V			SEFURANO 250MG		
LÂMINA Nº 24		1	NEOCAÍNA 0,5% C/V			THIOPENTAL 1g		
LUVA ESTÉRIL 6,5			BUPIVACAÍNA 5 MG			THIOPENTAL		
LUVA ESTÉRIL 7,0						NARCAN		
LUVA ESTÉRIL 7,5		2	<b>MEDICAMENTOS</b>					
LUVA ESTÉRIL 8,0		2	ADRENALINA			<b>TAXA EQUIPAMENTO</b>		
LUVA ESTÉRIL 8,5			AMINOFILINA			BISTURI ELÉTRICO		
LUVA DE PROCEDIMENTO (PAR)		10	ATROPINA			ASPIRADOR		
SONDA DE FOLLEY			ÁGUA DESTILADA		2	AR COMPRIMIDO (H)		
TUBO OROTRAQUEAL			BUSCOPAN			MICROSCÓPIO		
CÂNULA TRAQUEOSTOMIA			CEDILANIDE			RX EM SALA		
SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº			HIDROCORTISONA 100MG			MONITOR CARDIACO		
SONDA GÁSTRICA Nº			HIDROCORTISONA 500MG			OXÍMETRO DE PULSO		
CERA ÓSSEA			KCL			CARRO DE ANESTESIA		
SURGICEL			NACI 10%			OXIGÊNIO (H)		
TELA DE PROLENE			NACI 20%					
ATADURA DE CREPOM Nº			DEXAMETASONA		1	<b>OUTROS</b>		
COMPRESSA		9	DIPIRONA		2			
COMPRESSA DE GAZES			DOBUTAMINA					
ALGODÃO ORTOPÉDICO			EFORTIL					

DATA	INSTRUMENTADOR	CIRCULANTE
		<i>AS</i>

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES	2 - CNES 2777746
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES	4 - CNES 2777746

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE ANTONIO GOMES DA SILVA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 29840
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 898003227181918	8 - DATA DE NASCIMENTO 01/01/1951
10 - NOME DA MÃE RAIMUNDA MARIA DA SILVA	9 - SEXO Masc: X 1      Fem: 2
12 - ENDERECO CANAFISTA S/N. 0 - ZONA RURAL	11 - TELEFONE DE CONTATO ( ) -
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA PIRIPIRI	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 2208403
	15 - UF PI
	16 - CEP 64260-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
*Trauma na perna direita e instabilidade de membro.*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO  
*A seguir*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
*Amem...*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
*Frnt - Trauma*

21 - CID PRINCIPAL    22 - CID SECUNDARIO    23 - CAUSAS ASSOC

*Dr. Renato Lopes C. Oliveira  
DENTISTA  
CPF 182.063.763-91 CRM 15324*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
*Trauma*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA  
CLINICA MEDICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO  
( ) CNS ( x ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
30318548372

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
ANTONIA BOMFIM M DE OLIVEIRA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
22/06/2016

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)  
*Dr. Renato Lopes C. Oliveira  
DENTISTA  
CPF 182.063.763-91*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRAB TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO    ( ) EMPREGADOR    ( ) AUTÔNOMO    ( ) DESEMPREGADO    ( ) APOSENTADO    ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
TIAGO DOS SANTOS SILVA

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR  
M230350101

45 - DOCUMENTO  
( ) CNS ( x ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
01471547310

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

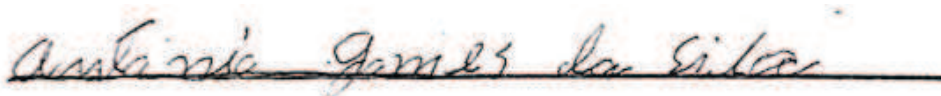
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

**DECLARAÇÃO DE CARÊNCIA**

**ANTÔNIO GOMES DA SILVA**, brasileiro, piauiense, casado, trabalhador rural, portador do RG nº. 214225 SSP-PI e CPF nº. 096.349.753-72, residente e domiciliado na Comunidade Canafístula, sem número, Zona Rural, Município de Capitão de Campos - Piauí, CEP 64.270-000, sem endereço eletrônico, com telefone para contato sob o número (86) 99429-6342, DECLARA, para os fins de obtenção de **BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA**, que é pessoa pobre na forma da lei, não podendo arcar com despesas decorrentes de serviço judicial sem que se prive do sustento próprio e de sua família. E por ser expressão de verdade, firma e assina a presente declaração, sob as penas da lei.

**Piripiri – PI, 23 de agosto de 2018.**



**ANTÔNIO GOMES DA SILVA**

ANTONIA BOMFIM MOREIRA DE OLIVEIRA  
MÉDICA – CRM 1954

**ANTONIA BOMFIM MOREIRA DE OLIVEIRA**, Médica, graduada em Medicina pela Universidade Federal do Piauí portadora de CRM de Nº1954, e pós graduada em Medicina do Trabalho(Latu Sensu) , pela Universidade Estácio de Sá e em Medicina Legal e Perícias Médicas pela Faculdade UNINASSAU/IEFAP, respeitosamente vem apresentar **LAUDO PERICIAL/SEGURO DPVAT**.

Sinistro :3160535768 -ASL1047017/16  
Vítima :**ANTONIO GOMES DA SILVA**  
Reclamada:Seguradora Líder - DPVAT

#### LAUDO MÉDICO PERICIAL

**NOME : ANTONIO GOMES DA SILVA**

Data do nascimento: 01/01/1951

RG: 214.225 - SSP - PI

Grau de Escolaridade: Alfabetizado funcional

Motivo: SEGURO DPVAT

Idade: 67 (Sessenta e Sete) anos

CPF: 098.349.753 -72

O presente laudo visa caracterizar a incapacidade do cidadão, após acidente de trânsito e, com isso, pleitear a devida indenização através do DPVAT.

#### ANAMNESE CLÍNICO

Exame Médico Pericial realizado no dia 27/04/2018 na Clínica Espaço Saúde ,à Rua Avelino Resende 252, Centro ,Piripiri

#### - QUEIXA E DURAÇÃO.

Acidente de trânsito: colisão moto x animal, no dia 22 de junho de 2016.

#### - HISTÓRIA PREGRESSA DA MOLÉSTIA ATUAL.

Refere que no dia 22 de junho de 2016, ao dirigir-se para sua residência em sua motocicleta e ao desviar-se de um animal , perdeu o controle , vindo a cair. Foi socorrido por terceiros e conduzido ao Pronto Socorro do Hospital Regional Chagas Rodrigues, em Piripiri - Piauí ,com edema e dores no membro inferior direito e dificuldade de movimentar o referido membro. Foi atendido pelo médico plantonista, que após os 1ºs socorros e através do exame clínico e radiografia do Membro inferior direito, foi constatada fratura distal em tibia direi-

CLÍNICA ESPAÇO SAÚDE - RUA AVELINO RESENDE Nº 525 – CENTRO – PIRIPIRI – PIAUÍ,  
CEP:64.260-000 Telefone (086) 99921 – 4042 /E-mail:antoniabomfim@yahoo.com.br

ANTONIA BOMFIM MOREIRA DE OLIVEIRA  
MÉDICA – CRM 1954

ta. Foi submetido a tratamento cirúrgico com implantação de placa e parafusos metálicos. Tendo alta hospitalar, dia 25 de junho de 2016. ficou em acompanhamento ortopédico e radiográfico por 6 (seis) meses, tendo alta definitiva após esse período.

Evolui com edema e dores em tornozelo de membro inferior direito, dificuldade nos movimentos do pé afetado e que piora à deambulação, apresentando também discreta deformidade no referido membro. Com dano de 80% no membro afetado com perda funcional média permanente.

**CONCLUSÃO:**

Concluimos que há perfeita **correlação** entre o ocorrido, no caso, acidente de trânsito (queda de moto), com as alterações descritas nesse laudo e os **sinais e sintomas** apresentados pelo Periciando.

Piripiri, Piauí 27 de abril de 2018

C. Antonia Bomfim M. de Oliveira  
Clínica Médica  
CRM-1954

---

ANTONIA BOMFIM MOREIRA DE OLIVEIRA  
MÉDICA – CRM 1954

CLÍNICA ESPAÇO SAÚDE - RUA AVELINO RESENDE Nº 525 – CENTRO – PIRIPIRI – PIAUÍ,  
CEP:64.260-000 Telefone (086) 99921 – 4042 /E-mail:antoniabomfim@yahoo.com.br

ANTONIA BOMFIM MOREIRA DE OLIVEIRA  
MÉDICA – CRM 1954

*Am branco*

*3*

CLÍNICA ESPAÇO SAÚDE - RUA AVELINO RESENDE Nº 525 – CENTRO – PIRIPIRI – PIAUÍ,  
CEP:64.260-000 Telefone (086) 99921 – 4042 /E-mail:antoniabomfim@yahoo.com.br