

Damasceno

Advocacia & Consultoria

OUTORGANTE:

ANTONIO INÁCIO DA SILVA, brasileiro, casado, soldador, portador do CPF sob o nº 579.185.033-68 e RG: 32.568.225-2 SSP/SP, residente e domiciliado na Avenida 15 de novembro, 1276, Bairro Caiúba, Manoel Emídio-PI.

OUTORGADOS:

PAULO NIELSON DAMASCENO MESSIAS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PI sob o nº 9.230, e **DOUGLAS LIMA DE FREITAS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PI sob o nº 11.935, *estabelecidos profissionalmente na Avenida 1º de maio, 973, Centro, Manoel Emídio - PI, onde recebe as intimações de estilo.*

PODERES:

Para atuação judicial e extrajudicial, em especial os inerentes a cláusula "*Ad Judicia et extra*", afim de que possam atuar em qualquer Juízo, Tribunal, órgãos ou instâncias administrativas, agindo em seu nome isoladamente ou em conjunto, podendo tudo fazer, requererem, praticarem, assinarem, conferindo-lhe ainda poderes especiais para receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, fazer acordo, desistir, transigir, receber notificações, citações e demais intimações, interpor todas as ações e recursos contra quem de direito e defendê-la nas contrárias, produzir e requerer provas, variar de ações, podendo, outrossim, substabelecer uma ou mais vezes e o substabelecido em outro, com ou sem reservas de poderes, total ou parcialmente, revogar substabelecimento e, finalmente praticar todos os atos em direito permitidos e necessários para o fiel cumprimento do presente mandato, com o fim específico na ACTO DE COBRANÇA DE SEGURO
OBRIGATORIO DPVAT,
dando tudo por bom firme e valioso.

Manoel Emídio-PI, 23 de julho de 2018.

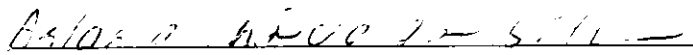
Antonio Inácio da Silva
OUTORGANTE

Av.1º de maio, nº 973, Altamira, Manoel Emídio- PI, CEP: 64.875-000
Telefones: (89) 94479410 / (86) 9904-4580
E-mail: paulonielson@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA**, brasileiro, casado, portador do RG nº: 32.568.225-2 SSP-SP, inscrito no CPF/MF sob o nº 579.185.033-68, residente e domiciliado na avenida 15 de novembro, 1276, bairro caiúba, Manoel Emídio-PI, declaro para os devidos fins, de conformidade com o art. 3º e seguintes da Lei 1.060/50, que não possuo condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de minha família.

Manoel Emídio-PI, 20 de novembro de 2018.


ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA

PROIBIDO PLASTIFICAR

8000-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Antonio de Souza Silva




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 32.568.225-2 DATA DE EXPEDICÃO 23/JAN/2008

NOME ANTONIO INACIO DA SILVA

RAIZÃO RAIMUNDO INACIO MOREIRA

E MARIA DE SOUSA SILVA MOREIRA

NACIONALIDADE MANOEL EMIDIO - PI

DOC ORDEM MANOEL EMIDIO PI

CN: IV. 203 / ELSA 1424/N. 000966

579185033/58 PIS 12497369544

08/JAN/1969

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. 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 007496216

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\$)
JUNHO/2018	28/06/2018	214	264,28

ANTÔNIO INACIO DA SILVA
AV 15 DE NOVEMBRO S/N 1300 CENTRO
CPF: 00057918503368
CEP: 64.875-000 - MANOEL EMIDIO

ROT: 279.538.15.15.184000

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	23431	Atual:	21/06/2018
Anterior:	23217	Anterior:	22/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/07/2018
Consumo Medido:	214	Emissão:	20/06/2018
Consumo Faturado:	214	Apresentação:	21/06/2018
	FCAM		

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.
RESIDENCIAL	MONO	A383802		1.1.1.1
				Média 12 meses
				219

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
MAI/18	210	CONSUMO 214 A R\$ 0,865501 =	185,21
ABR/18	232	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,67
MAR/18	214	CORRECAO MONETARIA IG 04/18-00	1,98
FEV/18	218	MULTA POR ATRASO 04/18-00	4,85
JAN/18	242	PARCELAMENTO DE DEBITOS 7/9	56,18
DEZ/17	211	JUROS DE MORA DE IMPO 04/18-00	3,39
NOV/17	210	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,63
OUT/17	0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	7,48
SET/17	0		
AGO/17	0		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 214 - 0.592090			

MENSAGENS IMPORTANTES / RIAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 06/07/2018. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO E10B.1630.902F.BC09.A364.D515.657F.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	56,16	Base de Cálculo:	185,21
Energia:	68,78	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	10,82	Valor do ICMS:	50,00
Encargos:	10,96	Valor do PIS:	1,51
Tributos:	58,49	Valor do COFINS:	6,98

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC		DICRI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal	
Limite	7,27	14,53	29,06	3,93	7,85	15,70	4,14			
Realizado	0,00			0,00			0,00			
Conjunto	ELIZEU MARTINS						Período de apuração:	04/2018	EUSD:	67,66

ROT: 279.538.15.15.184000

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO
0418992-2

TOTAL A PAGAR - R\$
264,28

MÊS FATURADO
06/2018

VENCIMENTO
28/06/2018

Nº da Nota Fiscal: 007496216 FCAM

836600000002 7 64280017000 2 000000000418 4 992206180008 3



SEQ.: 00085 UC: 0418992-2 DT.LEIT.: 21/06/2018 T.ENTR.: 02
LEITURA: 23431 NORMAL TOTAL: 264,28 CARGA: 001
DT.VENC.: 28/06/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 5063

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO INACIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170438615**
Vítima: **ANTONIO INACIO DA SILVA**
Data do Acidente: **18/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número **3170438615**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12799801



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANTONIO JACIO DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 18.05.2017 CPF DA VÍTIMA 579 185 033 68
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARENTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR AV. 15 DE NOVEN 820
 Nº 1276 COMPLEMENTO CASA BAIRRO _____
 CIDADE Marcelópolis UF SP CEP 131875-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (11) 994109419

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ OUTROS DOCUMENTOS: _____
- 785: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ OUTROS DOCUMENTOS: _____
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTALIDADE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LIDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, AGESSE WWW.DPVATSEGURADORTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA

NOME

ASSINATURA



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - GPI
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE COLÔNIA DO GURGUÊIA-PI
Rua Sebastião Barbosa s/nº, Centro, Colônia do Gurgueia-PI, CEP 64.885-000, email: dp-eg-pi@gmail.com.br, Fone: (89) 99453-5107



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 268/2017 - DPCCG

Delegacia: Delegacia de Colônia do Gurgueia/PI
Delegado: Danilo Barroso Ferreira Gomes
Resp. p/ Registro: Ana Carolina Tobler Gomes
Data/Hora: Seg - 26/06/2017 15h47min

NATUREZA DO FATO

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: Colônia do Gurgueia
Local: Br 135, Data/Hora: 18/05/2017 11h30min
Endereço: Povoado horto
Bairro:
Ponto de Ref.
Município: Manoel Emídio Estado: Piauí

DADOS DO NOTICIANTE/VTÍMA

Nome: ANTONIO INACIO DA SILVA
RG: 32.568.225-2SSP/SP CPF: 579185033/68 Idade: 08/01/1969 48ANOS
Filiação: RAIMUNDO INACIO MOREIRA EMARIA DE SOUSA SILVA MOREIRA
Endereço: AV 15 DE NOVEMBRO Nº1276
Bairro: CENTRO
Ponto de Ref.
Município: Manoel Emídio Estado: Piauí

VEICULO ENVOLVIDO

Marca/Mod/Ano: HONDA/NXR150 BROS ES
Cor: PRETA
Placa: NIA - 5455
Renavam: 144095653

NARRATIVA DO FATO

O noticiante acima qualificado veio ao Distrito Policial noticiar que na data e hora especificados acima esta vindo pilotando a motocicleta HONDA/NXR150 BROS ES de propriedade de seu cunhado JOÃO FRANCISCO DA SILVA, em direção ao povoado horto, quando passou por um banco de areia e perdeu o controle da motocicleta. QUE o noticiante fraturou a perna e foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital de Manoel Emídio. Que veio registrar a ocorrência para tomar as devidas providências legais.

Antonio Inácio da Silva
Noticiante

Ana Carolina Tobler Gomes
Escrivã de :
Escrivão (a) / Agente Ad-Hoc

Obs: A falsa comunicação à Polícia constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO FRANCISCO DA SILVA,

RG nº 4341-147, data de expedição 22/01/16,

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 038591838-00, com domicílio na cidade de MANDEL EMIDIO, no Estado de PIAUÍ,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) AVENIDA: 15 DE NOVEMBRO, nº 1275,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ANTONIO INACIO DA SILVA, cujo o condutor era ANTONIO INACIO DA SILVA.

Veículo: MOTO HONDA

Modelo: NXR 150 BROS

Ano: 2009

Placa: NIA-5455

Chassi: 9C2KD04209R009341

Data do Acidente: 18/05/2017

Local e Data: MANDEL EMIDIO 29/SETEMBRO/20017

x João Francisco da Silva
Assinatura do Declarante

x _____

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL EMÍDIO - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
CNPJ 06.554.125/0002-20
SAMU 192



SOLICITAÇÃO DE SOCORRO

Data: 18/05/17 Nº FONE DO SOLICITANTE: _____ Nº VÍTIMAS: 01

AMBULÂNCIA ACIONADA: ☒ USB () USA () AMBUL. ESTADO

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

- | | | |
|--|---------------------------|-------------------|
| ☒ Acidente de Trânsito | () Queimadura | () Transporte/ |
| () Queda | () Choque Elétrico | Transferência |
| () Envenenamento | () Urgência Clínica | () Já removido |
| () Agressão Física | () Urgência Obstétrica | () Falso Chamado |
| () Afogamento | () Urgência Psiquiátrica | () Outros |
| () Mal Súbito | () Urgência Pediátrica | |

Local da Ocorrência: Povoado Horto

Ponto de Referência: _____

CONTROLE DA UNIDADE

SAÍDA DO P.A.: 12:07 h

CHEGADA AO LOCAL: 12:32 h

SAÍDA DO LOCAL: 12:48 h

CHEGADA AO HOSPITAL: 13:10 h

SAÍDA DO HOSPITAL: 13:26 h

CHEGADA AO P.A.: 13:30 h

HOSPITAL DE DESTINO: HPP - Manoel Emídio

APOIO SOLICITADO:

() POLÍCIA MILITAR () POLÍCIA CIVIL () UNIDADE ESTRÁ () CAPS

Telefonista

Enfermeiro/Técnica Enfermagem

Maristela Cabedo de V. Silva
Téc. em Enfermagem
CORREN-PI 589.676



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
CNPJ 06.554.125/0002-20
SAMU 192



192

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

NOME DO PACIENTE: Antônio Inácio da Silva

SEXO: () MAS () FEM IDADE: 48 anos

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Povoado Horto

TIPO DA OCORRÊNCIA:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Envenenamento | ☐ Agressão Física | ☒ Acidente de Moto |
| ☐ Choque Elétrico | ☐ Afogamento | ☐ Acidente de Carro |
| ☐ Urgência Obstétrica | ☐ Queda | ☐ Mal Súbito |
| ☐ Urgência Pediátrica | ☐ Já removido | ☐ Falso Chamado |
| ☐ Ferimento Arma Branca | ☐ Ferimento Arma de Fogo | ☐ Queimadura |
| ☐ Atropelamento | ☐ Urgência Clínica | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- ☒ Alerta
☐ Responde ao Comando
☐ Responde a Dor
☐ Sem resposta

PUPILAS:

FALA:

- ☒ Iguais ☒ Normal
☐ Desiguais ☐ Confusa

PULSO RADIAL:

- ☒ Forte
☐ Fraco
☐ Ausente
☐ Leve
☐ Moderado Intenso

OBSERVAÇÕES: Fratura no tornozelo.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Aspiração | ☐ Outros _____ | ☐ Acesso Venoso |
| ☐ Oxigênio | ☒ Imobilização de extremidades | Solução _____ |
| ☐ Reanimação CARDIO-RESP | ☐ Prancha | ☐ Ass. Obstétrica |
| ☐ Ventilação Artificial | ☐ Colar Cervical | ☐ Hemostasia |
| ☐ Monitorização | ☐ KED | ☐ Curativo |

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS:

ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| ☐ Melhorando | ☐ Severa Gravidade | ☐ Indeterminado |
| ☐ Piorando | ☐ Média Gravidade | ☐ Óbito antes do Socorro |
| ☐ Inalterado | ☐ Pequena Gravidade | ☐ Óbito no transporte |
| ☐ C/ Gema | ☐ Ileso | |

HOSPITAL DE DESTINO: HPP - Manoel Emídio

Maristela Cabedo de V. Silva

Téc. em Enfermagem

Enfermeiro Técnico de Enfermagem

Taysa Almeida Rocha

Prof. de Física

Profissional Receptor do Hospital

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
RUA LUIZ FERREIRA, S/N,
JARDIM JARDIM, FLORIANO/PI - 64800-000
FONE: (89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)
Atendimento: P0452139 Registro: 14685
Data: 18/05/2017 Hora: 18:28:00
Funcionario: CASSIANO

Senha 145

ANTONIO INACIO DA SILVA

Nasc.: 08/01/1969 Idade: 48 ANOS, 4 MESES, 1 DIA AS Profissão: MOTORISTA
End.: 115 DE NOVEMBRO, 0 - Bairro: CAIUBA Cidade: MANOEL
Sexo: PARDA Telefone: () - Mãe: MARIA DE SOUSA SILVA MOREIRA

Clinica: ORTOPEdia Documento: 0000
Responsavel: ANTONIO INACIO DA SILVA - O MEU

HOSPITAL TIBERIO NUNES

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.

Procedimentos

18/05/2017 18:28 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul

Queixa principal:

Dores no tornozelo

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Lesão no tornozelo

Medicação:

*100mg de Ibuprofeno
100mg de Paracetamol
100mg de Diclofenaco de Sódio
100mg de Dexametasona
100mg de Clonazepam
100mg de Lorazepam
100mg de Alprazolam
100mg de Zolpidem
100mg de Zopiclona
100mg de Zaleplon
100mg de Zolmitriptana
100mg de Sumatriptana
100mg de Frovatriptana
100mg de Eletriptana
100mg de Naratriptana
100mg de Rizatriptana
100mg de Sumatriptana
100mg de Frovatriptana
100mg de Eletriptana
100mg de Naratriptana
100mg de Rizatriptana*

Procedimentos/exames realizados:

*Exame físico
Exame de imagem
Exame de laboratório
Exame de função
Exame de diagnóstico
Exame de tratamento
Exame de acompanhamento
Exame de avaliação
Exame de monitorização
Exame de controle
Exame de seguimento
Exame de reabilitação
Exame de prevenção
Exame de educação
Exame de promoção
Exame de proteção
Exame de preservação
Exame de restauração
Exame de reconstrução
Exame de reabilitação
Exame de prevenção
Exame de educação
Exame de promoção
Exame de proteção
Exame de preservação
Exame de restauração
Exame de reconstrução*

18/05/2017 18:28
ORIGINAL
18/05/2017 18:28
18/05/2017 18:28

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
RUA SÉRGIO FERREIRA, S/N,
JARDIM GUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento - Pronto Socorro
Atendimento: P0452138
Data: 18/05/2017
Funcionário: CASSIANO
Registro: 146
Hora: 18:25
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 144

ANTONIO INACIO DA SILVA

Nasc.: 08/01/1969 Idade: 48 ANOS, 4 MESES,
End.: 15 DE NOVENBRO, 0 -
Cor: PARDAL Telefone: ()

Profissão: MOTORISTA
Bairro: CAIUBA

Cidade: MANOEL

MARIA DE SOUSA SILVA MOREIRA

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 000
Responsável: ANTONIO INACIO DA SILVA - O ME

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

18/05/2017 18:25 0301060061 ATENDIME

☐ Vermelha - Emergência ☐ Laranja - Muito

DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não

Queixa principal:

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

28.06.2017
Cassiano

ANTONIO INACIO
M

ANTONIO INACIO
M

18.05.2017

18:33

49.6%

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES

18.34

JOEL 43.9%

18.05.2017

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES

18.05.2017
Cecilia Maria F. Almeida