

# 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: 31/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROMARIO ALVES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03832

CONTA: 000000012682-2

---

Nr. da Autenticação FB23ADB69B2081CC

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190330558 **Cidade:** Picos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMARIO ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 09/03/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO (DEBRIDAMENTO E REGULARIZAÇÃO DO COTO) E ALTA MÉDICA. (PÁG.4)

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT ANATÔMICO DO HÁLUX DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE ANATÔMICA DO HÁLUX 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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190330558

Vítima: ROMARIO ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 09/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ROMARIO ALVES DOS SANTOS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **ROMARIO ALVES DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000003832**

Conta: **000000012682-2**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# BOLETIM DE ADMISSÃO

**239856 - ROMARIO ALVES DOS SANTOS**

**SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 16/08/1994 - Cor/Raça: 03-PARDA**

24 ANOS,7 MESES,12 DIAS

Clínica: CIRURGIÃO

Enfermaria: 20- C. CIRURGICA - M

Leito: C20/88 Convênio: **SUS**

Escolaridade:

Médico: **4602 - FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO**

CPF:

RG: 3451051

CNS:

SIS Prenatal:

Endereço: CRISTOVINHO, N° 0 - CEP: 64600-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2208007- PICOS/PI

Profissão:

Telefone: (89) 9810-55060

Pai: MANOEL ALVES DOS SANTOS

Mãe: MARIA HELENA ALVES DE MOURA

Responsavel: MARIA HELENA ALVES DE MOURA - 981055060 - MAE

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

## Resultado

☐

Curado

☐

Melhorado

☐

Inalterado

☐

Piorado

☐

Removido

☐

Pedido

☐

Evasão

☐

Indisciplina

☐

-48 Horas

☐

+48 Horas

☐

Obito

Transferido

## História Clínica



**Diagnóstico Provável**



FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Romário Alves da SilvaD.N.: 16 108 194 Sexo: M ☒ F:

Prontuário: \_\_\_\_\_

Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Data Cirurgia: 09 / 10 / 2019DEPARTAMENTO DE SINIS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

## Antes da indução anestésica

(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)

O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento?

☒ Sim

O local está demarcado?

☒ Sim☐ Não aplicável

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?

☒ Sim

O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?

☒ Sim

O paciente possui:

Alergia conhecida?

☐ Sim☒ Não

Via aérea difícil ou risco de aspiração

☒ Não☐ Sim, equipamentos/assistência disponíveis

Risco de perda sanguínea &gt; 500ml (7ml/kg para crianças)?

☒ Não☐ Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos

## Antes da incisão cirúrgica

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

☐ Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função☒ Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

☒ Sim☐ Não aplicável

Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:

☐ Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?☐ Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiológico:

☐ Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para equipe de enfermagem:

☐ Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?☐ Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagem essenciais estão disponíveis?

☒ Sim☐ Não aplicável

## Antes da saída do paciente do SIA

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:

☒ O nome do procedimento☒ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas☒ A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)☒ Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:

☐ Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?

assinatura-COREN



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	SEXO	APTº	LEITO
PRONTUÁRIO	CONVÊNIO	DATA	HORA

**DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:**

*Furto de conteúdo de H&A*

**ESCRICÃO DA CIRURGIA:**

DATA: 11/03/2019	INICIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA	CIRURGIA REALIZADA	

TIPO DE CIRURGIA: ☒ ELETIVA ☐ REITERNAÇÃO

☐ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

**DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO**

*1. Incisão em DHI no antebraço local*

*2. Anestesia + Antiseptia*

*3. Realizado retirada de tecido necrótico em H&A + desbridamento*

*4. IMC + drenagem + irrigação de todo H&A*

*5. Drenagem + Sutura*

*6. Curativos curativos.*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

**INTERCORRÊNCIAS:**

*1. Loo*

**ANTIBIOTERAPIA:** ☐ NÃO ☐ SIM

**ANATOMIA PATOLÓGICA:** ☐ NÃO ☐ SIM

QUAIS: \_\_\_\_\_ Nº DE PEÇAS: \_\_\_\_\_ LOCALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

**MATERIAIS ESPECIAIS:** ☐ NÃO ☐ SIM ☐ SÍNTESE/TIPO: \_\_\_\_\_ ☐ ÓRTESE/TIPO: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS UTILIZADOS:**

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
-------------------	------------	---------

ANESTESISTA	CIRURGIÃO	CREMEB	ASSINATURA
	1º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA
	2º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA

*Dr. Gustavo Fello*  
*Dr. Arnes Jr.*

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

[illegible]





**SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE - TOPIAM**

NOME:		ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
Marta Pereira de Souza			C 20	89	
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
HD:		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
<p>DATA: 10/03/2019</p> <p><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b></p> <p>1. DIETA ORAL LIVRE</p> <p>2. JELCO SALINIZADO</p> <p>3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS&gt;160 OU PAD&gt;110 MMHG</p> <p>4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h</p> <p>5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8, S/N</p> <p>6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h, S/N</p> <p>7. CCGG+SSVV</p> <p>8. TILATIL 40MG, EV, 12/12H, S/N</p>		<p>Alcance</p> <p>PA 18 PA 24</p> <p>12/12h</p>		<p>Ab 09:15h</p> <p>colocar em dieta líquida</p> <p>artefato, com punção de acúleo</p> <p>consequente, eufórico</p> <p>colocação de 1 G e 1 G de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>10:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>13:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>14:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>15:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>16:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>17:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>18:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>19:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>20:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>21:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>22:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>23:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>24:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>25:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>26:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>27:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>28:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>29:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>30:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>31:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>32:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>33:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>34:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>35:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>36:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>37:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>38:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>39:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>40:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>41:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>42:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>43:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>44:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>45:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>46:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>47:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>48:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>49:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>50:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>51:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>52:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>53:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>54:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>55:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>56:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>57:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>58:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>59:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>60:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>61:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>62:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>63:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>64:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>65:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>66:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>67:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>68:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>69:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>70:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>71:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>72:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>73:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>74:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>75:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>76:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>77:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>78:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>79:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>80:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>81:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>82:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>83:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>84:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>85:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>86:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>87:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>88:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>89:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>90:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>91:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>92:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>93:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>94:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>95:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>96:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>97:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>98:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>99:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p> <p>100:05 h de 100 mg de Soro de 100 mg</p>	

V.NOME: *Renato V. Silva*  
 HD: *Renato V. Silva*  
 DATA: 11/03/2019  
 PRESCRIÇÃO MÉDICA  
 1. DIETA ORAL LIVRE  
 2. SF 0,9% - 1000ML IV EM 2-4H  
 3. OMEPRAZOL 40 mg VO ÀS 06 HORAS  
 4. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS  
 5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (SN)  
 6. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)  
 7. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160 MMHG E/OU PAD > 110 MMHG  
 8. SSVV + CCGG  
 9. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA  
 10. TILATIL 20 MG + AD EV 12/12H  
 11. *Paracetamol 1g - 4x ao dia*  
 12. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 13. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 14. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 15. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 16. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 17. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 18. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 19. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 20. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 21. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 22. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 23. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 24. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 25. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 26. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 27. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 28. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 29. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 30. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 31. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 32. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 33. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 34. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 35. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 36. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 37. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 38. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 39. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 40. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 41. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 42. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 43. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 44. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 45. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 46. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 47. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 48. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 49. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 50. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 51. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 52. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 53. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 54. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 55. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 56. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 57. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 58. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 59. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 60. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 61. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 62. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 63. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 64. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 65. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 66. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 67. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 68. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 69. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 70. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 71. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 72. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 73. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 74. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 75. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 76. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 77. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 78. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 79. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 80. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 81. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 82. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 83. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 84. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 85. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 86. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 87. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 88. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 89. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 90. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 91. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 92. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 93. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 94. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 95. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 96. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 97. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 98. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 99. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 100. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 101. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 102. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 103. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 104. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 105. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 106. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 107. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 108. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 109. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 110. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 111. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 112. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 113. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 114. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 115. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 116. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 117. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 118. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 119. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 120. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 121. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 122. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 123. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 124. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 125. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 126. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 127. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 128. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 129. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 130. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 131. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 132. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 133. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 134. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 135. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 136. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 137. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 138. *Clonazepam 0,5mg - 2x ao dia*  
 139.



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ

THIRJL  
SECRETARIA REGIONAL  
JUSTIÇA LTZ

GOVERNO  
DO PIAUÍ

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data: 24/05/2019  
Funcionário: [assinatura]

NOME: <u>Alves dos Santos</u>		ALAC	LETO	R. MET.
HID: <u>Fr. Indigo = frangulões para frango</u>		APTO	88	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
DATA: <u>12/03/2019</u>		OBSERVAÇÕES		
1. DIETA ORAL LIVRE		<u>Pac. = leu-seuente. Exatidão</u> <u>higienizado. Jantar com</u> <u>frango e arroz e feijão</u> <u>frango 2x 120g 50ml mág</u> <u>1 = 36.30 de 50ml na boca</u> <u>frango 2x 120g 50ml mág</u> <u>frango 2x 120g 50ml mág</u>		
2. JELCO SALINIZADO				
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG				
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h				
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8, S/N				
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h, S/N				
7. CCGG+SSVV				
8. TILATIL 40MG, EV, 12/12H, S/N				
9. Ketorolac 10mg 6/6h				
10. Uniflax 500mg 6/6h				
[assinatura]		[assinatura]		

Dr. Francisco Júnior Castelo Branco  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI-4504 / TEOT 14196

## REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE ZOMINOR SALA Nº \_\_\_\_\_

ENTRADA NA SO \_\_\_\_\_ INÍCIO DA ANESTESIA: \_\_\_\_\_ INÍCIO DA CIRURGIA \_\_\_\_\_

SAÍDA DA SO \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA ANESTESIA \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA CIRURGIA \_\_\_\_\_

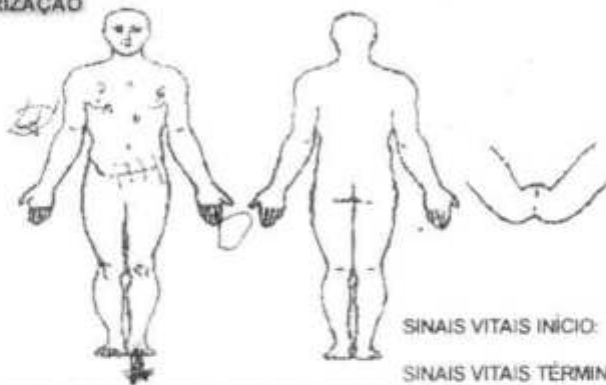
CIRURGIA PROPOSTA Tratº cirúrgico de F. exposta Holo

CIRURGIA REALIZADA Suporte F. exposta Holo

CIRURGIÃO Flores Henrique ANESTESIOLOGISTA Paulo INSTRUMENTADOR \_\_\_\_\_

ASSISTENTES: 1º \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

### MONITORIZAÇÃO



### SÍMBOLOS

- ☐ PLACA DE BISTURI ELETRO
- ☐ ELÉTRODOS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 149x81 SATO 99 FC 94

SINAIS VITAIS TÉRMINO PA 152x67 SATO 99 FC 92

### TIPO DE ANESTESIA

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO          | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX | <input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input type="checkbox"/> GERAL    |
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR             | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20                | <input type="checkbox"/> LOCAL  |
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2 | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR                              | <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> COM CATETER |
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL  | <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+I)                            | <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> SEM CATETER   |
|  | <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA                                 | <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL                                |
|  |   | <input type="checkbox"/> TÓPICA <u>ROQUE</u>                            |

- ☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº \_\_\_\_\_
- ☐ COM CUFF ☐ SEM CUFF
- ☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº \_\_\_\_\_
- ☐ OUTRAS \_\_\_\_\_

### POSICIONAMENTO INTRA-OPERATÓRIA

- |  |                                       |   |                                     |   |
|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL | <input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA | <input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO | <input type="checkbox"/> SENTADA    | <input checked="" type="checkbox"/> TRENDELEMBURG |
| <input type="checkbox"/> VENTRAL           | <input type="checkbox"/> LITOTÔMICA   | <input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO  | <input type="checkbox"/> SEM FOWLER |   |

### PREPARO DA PELE

- |               |  |   |                                      |
|---------------|--|---|--------------------------------------|
| DEGERMAÇÃO    | <input type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE | <input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA   | <input type="checkbox"/> PVPI TÓPICO |
| ANTI-SEPSIA   | <input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO  | <input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO |                                      |
| REALIZADA POR | <input type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA   | <input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM        |                                      |

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- |   |  |                                       |                                       |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL          | <input type="checkbox"/> TRICOTOMIA    | <input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG | <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO    |
| <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl | <input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA | <input type="checkbox"/> MSD          | <input type="checkbox"/> OUTROS _____ |
|   |  | <input type="checkbox"/> MSE          |                                       |

- |   |  |   |   |                                       |
|---|--|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sonda URETRAL Nº _____ | <input type="checkbox"/> COLETOR           | <input type="checkbox"/> UROSTOP                                | <input type="checkbox"/> AP BARBEAR _____ UND | <input type="checkbox"/> SNG Nº _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonda FOLEY Nº _____   | <input type="checkbox"/> LANCETA _____ UND | <input checked="" type="checkbox"/> Sonda de ASPIRAÇÃO Nº _____ | <input type="checkbox"/> JELCO Nº _____       |                                       |

### GARROTEAMENTO

- |   |  |  |
|---|--|--|
| TIPO <input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH _____ UNID                      | <input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg | <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA |
| LOCALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> BRAÇO <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO | <input type="checkbox"/> COXA                          | <input type="checkbox"/> PANTURRILHA   |
| TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____  |  |  |

### SERVIÇOS SOLICITADOS

- |  |   |                                       |             |                     |
|--|---|---------------------------------------|-------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA                     | <input type="checkbox"/> NÃO                      | <input type="checkbox"/> SIM          | LOCAL _____ | Nº DE ERASCOS _____ |
| <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> KX | <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM | <input type="checkbox"/> OUTROS _____ |             | NÃO SE APLICA       |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
17 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Hospital Regional Justino Luiz  
Data \_\_\_\_\_  
CONFIRMAÇÃO COM O ORIGINAL  
Funcionário \_\_\_\_\_

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

# FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
Romão alves dos Santos				09/03/2019		
PROCEDIMENTO				SALA		
Tnº + cirurgico de F. extra de Hbix				APARELHAGEM		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT	UND.	TOTAL			
SERINGA 1 ML 3 ML	02			ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML 10 ML	03			BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML				ASPIRADOR	<input checked="" type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input checked="" type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input checked="" type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12	01			ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA	20 ml					
PVPI						
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE	03					
ATADURA COM CREPOM	15	02				
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA	0.5%	03				
LIDOCAÍNA						
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN	0.5 mg/kg	04				
TIOPENTAL	0.5 mg/kg	03				
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA		02				
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
CLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE						
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI	Nº 24	04				
LUVA ESTÉRIL	8.0	04				
LUVA DE PROCEDIMENTO	Pm	04				
SORO FISIOLÓGICO 0.9%		8.000ml				
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM						
				USO DA SALA		
				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
				16:20		
				OPERAÇÃO Tnº + cirurgico F. extra de Hbix		
				CIRURGIÃO Flávio Hermenegildo		
				AUXILIAR		
				ANESTESISTA Osvaldo		
				TIPO DE ANESTESIA Raqui		
				INSTRUMENTADOR		
				OCORRÊNCIAS		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data 24/03/2019  
Funcionário

MÉDICO:   
ENFERMEIRA(O):   
TÉC. ENFER.: ZOMER



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

## FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS.URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 2 3				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO. UTO SANGUE OUTROS				
TEMPERATURA T	C°	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO	38	2 1 140 120 100 80 60 40 20 10				
INICIO E FIM ANESTESIA X						
INICIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS					INCIDENTE / ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data 24/05/2019  
Função



## REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE Turkey SALA Nº \_\_\_\_\_

ENTRADA NA SO 15:41 INÍCIO DA ANESTESIA 15:12 INÍCIO DA CIRURGIA 15:25

SAÍDA DA SO \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA ANESTESIA \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA CIRURGIA 16:08

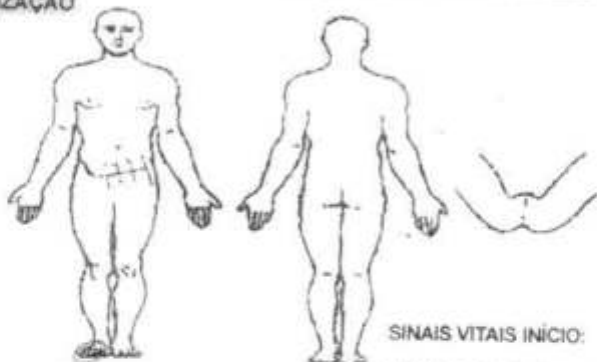
CIRURGIA PROPOSTA Implantação de 2 quadrantes de F.I.D.

CIRURGIA REALIZADA Implantação de 2 quadrantes de F.I.D.

CIRURGIÃO Adriano ANESTESIOLOGISTA \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR \_\_\_\_\_

ASSISTENTES: 1º \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

### MONITORIZAÇÃO



### SÍMBOLOS

- ☐ PLACA DE BISTURI ELETRO
- ☐ ELÉTODOS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 100/70 SATO 98 FC 75

SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 100/70 SATO 98 FC 75

### TIPO DE ANESTESIA

- ☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO
- ☐ BLOQUEIO AXILAR
- ☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2
- ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL
- ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX
- ☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20
- ☐ BLOQUEIO PERIBULBAR
- ☐ GERAL COMBINADA (V+I)
- ☐ GERAL INALATÓRIA
- ☐ GERAL VENOSA
- ☐ LOCAL
- ☐ PERIDURAL
- ☐ SEDAÇÃO
- ☐ SEDAÇÃO + LOCAL
- ☐ TÓPICA
- ☐ COM CATETER
- ☐ SEM CATETER

- ☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº \_\_\_\_\_
- ☐ COM CUFF
- ☐ SEM CUFF
- ☐ MASCARA LARÍNGEA Nº \_\_\_\_\_
- ☐ OUTRAS \_\_\_\_\_

### POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA

- ☒ DORSAL
- ☐ VENTRAL
- ☐ GINECOLÓGICA
- ☐ LITOTÔMICA
- ☐ LATERAL ESQUERDO
- ☐ LATERAL DIREITO
- ☐ SENTADA
- ☐ SEMI-FOWLER
- ☐ TRENDELEMBURG

### PREPARO DA PELE

- DEGERMAÇÃO
- ANTI-SEPSIA
- REALIZADA POR
- ☒ PVPI DEGERMANTE
- ☐ PVPI ALCOOLICO
- ☐ EQUIPE MÉDICA
- ☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA
- ☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO
- ☐ EQUIPE ENFERMAGEM
- ☒ PVPI TÓPICO

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ CATETERISMO VESICAL
- ☐ TRICOTOMIA
- ☐ PASSAGEM SNG
- ☐ FUNÇÃO VENOSA
- ☐ MSD
- ☐ MSE
- ☐ ASPIRAÇÃO
- ☐ OUTROS \_\_\_\_\_

- ☐ SONDA URETRAL Nº \_\_\_\_\_
- ☐ COLETOR
- ☐ UROSTOP
- ☐ AP BARBEAR
- ☐ UND
- ☐ SNG Nº \_\_\_\_\_
- ☐ SONDA FOLEY Nº \_\_\_\_\_
- ☐ LANCETA
- ☐ UND
- ☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº \_\_\_\_\_
- ☐ JELCO Nº \_\_\_\_\_

### GARROTEAMENTO

- TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH
- LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO
- TEMPO INÍCIO \_\_\_\_\_ TÉRMINO \_\_\_\_\_
- ☐ GARROTE PNEUMÁTICO
- ☐ COXA
- ☐ mmHg
- ☐ NÃO SE APLICA
- ☐ PANTURRILHA

### SERVIÇOS SOLICITADOS

- ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA
- ☐ LABORATÓRIO
- ☐ RX
- ☐ NÃO
- ☐ SIM
- ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- ☐ LOCAL
- ☐ OUTROS \_\_\_\_\_
- ☐ Nº DE FRASCOS \_\_\_\_\_
- ☐ NÃO SE APLICA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
BOLETO NÃO VERIFICADO  
17 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

## FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE <i>Renato Alves dos Santos</i>				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>Cl. 2.º grau de hipertensão arterial</i>				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML	02			ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/10 ML	02			BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML	02			ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12	01			ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA	02			USO DA SALA		
PVPI	02			INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				15:20	16:00	40 min
COLETOR DE URINA				OPERAÇÃO	<i>Cl. 2.º grau de hipertensão arterial</i>	
ESCOVA COM DEGERMANTE	02			CIRURGIÃO	<i>Dr. João</i>	
ATADURA COM CREPOM	02			AUXILIAR		
ATADURA GESSADA				ANESTESISTA		
ATROPINA				TIPO DE ANESTESIA	<i>local</i>	
KETALAR				INSTRUMENTADOR		
DIMORF				OCORRÊNCIAS		
NEOCAÍNA PESADA				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-10deg);"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO  17 MAI 2019  GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-10deg);"> Hospital Regional Justino Luz CONFERE COM O ORIGINAL Data <u>24/05/2019</u> Funcionário <u>24/27</u> </div>		
LIDOCAÍNA						
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE						
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL						
LUVA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0,9%						
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM						

MÉDICO: *Guilherme*

ENFERMEIRA(O): *Franciele*

TÉC. ENFER: *Flávia*

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

## FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS.URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES			
		1				
		2				
		3				
LÍQUIDOS	SO. UTO	500				
	SANGUE	400				
	OUTROS	300				
		200				
		100				
TEMPERATURA T	Cº	260				
		240				
P. ARTERIAL	38	2				
V. O		200				
PULSO		180				
		160				
		140				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120				
		100				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		80				
		60				
RESPIRAÇÃO O		40				
		20				
		10				
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS					INCIDENTE / ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

Hospital Regional Justino Luz  
Data 24/05/2019  
FUNDADOR

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-301 - Picos-PI

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que Francisco Junior Castelo Branco  
esteve neste hospital dia 09 de 03 de 18 das 15 às 20 horas.

- ☐ Acompanhante familiar.  
☐ Para Atendimento sem afastamento.  
☐ Para atendimento, devendo permanecer em repouso hoje.  
☒ Para atendimento devendo permanecer afastado por (60) 55 dias dias, a partir desta data.  
☐ Deve retornar para consulta em: \_\_\_\_\_

Diagnóstico / C.I.D.: S42.2 Picos-PI 15 de 03 de 20 18

Francisco Junior Castelo Branco  
Médico (Assinatura e Rubrica) Dr. Francisco Junior Castelo Branco  
CRM-Pi: 2564 / TEOT 14196

Paciente (Assinatura) \_\_\_\_\_



Hospital Regional Justino Luz – Pça. Dr. Antenor Netiva, 184 – CEP: 64.601-391 – Picos-PI

# RECEITUÁRIO

Nome: ROMARIO ALVES DOS SANTOS

USO ORAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

1- CEFLEXINA 500MG ..... 28 comp

Tomar 1 comprimido de 6/6 horas por 07 dias

2- ARFLEX 200MG ..... 01 caixa

Tomar 1 comprimido 1X/dia por 05 dias

3- LISADOR DIP ..... 01 caixa

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS SE DOR

## ORIENTAÇÃO:

- CONSULTA NO AMBULATORIO DE ORTOPIEDIA COM 15 DIAS – POLICLINICA

- CURATIVO DIÁRIO

- CIRURGIÃO: DR. JOSE AYRES JUNIOR

12/03/2019

Dr. Francisco Junior Castelo Branco  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI: 4504 / TEOT 14196

Hospital Regional Justino Luz – Pça. Dr. Antenor Netiva, 184 – CEP: 64.601-391 – Picos-PI

# RECEITUÁRIO

Nome: ROMARIO ALVES DOS SANTOS

USO ORAL

1- CEFLEXINA 500MG ..... 28 comp

Tomar 1 comprimido de 6/6 horas por 07 dias

1- ARFLEX 200MG ..... 01 caixa

Tomar 1 comprimido 1X/dia por 05 dias

2- LISADOR DIP ..... 01 caixa

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS SE DOR

## ORIENTAÇÃO:

- CONSULTA NO AMBULATORIO DE ORTOPIEDIA COM 15 DIAS – POLICLINICA

- CURATIVO DIÁRIO

- CIRURGIÃO: DR. JOSE AYRES JUNIOR

12/03/2019

Dr. Francisco Junior Castelo Branco  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI: 4504 / TEOT 14196

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



*Romário Alves dos Santos*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.451.051 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/05/10

NOME ROMÁRIO ALVES DOS SANTOS

FILIAÇÃO MARIA HELENA DE MOURA  
MANOEL ALVES DOS SANTOS

NATURALIDADE PÍCOS-PI DATA DE NASCIMENTO 16/08/1994

DOC. ORDEM CERT. NASC. 28279 L 24A F 254  
EXP PÍCOS-PI 20/06/03

CPF TERESINA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**070.316.163-60**

Nome  
**ROMÁRIO ALVES DOS SANTOS**

Nascimento  
**16/08/1994**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
**2F76.59C3.5C04.4193**

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 08:48:35 do dia 27/02/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012428355602  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1622  
0167  
b324  
5780  
af53  
0272  
5260  
b121  
9261  
1c07  
3918

VIA 1 COD. RENAVAM 01068814125 ENTROR 2018 EXERCÍCIO 2018

NOME ROMARIO ALVES DOS SANTOS

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

PLACA 07031616360 FIG-2239

CHASSI 9C2KC2210GR012261

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 TITAN EX ANO FAB 2015 ANO MOD 2016

CAP/POT/CIL 02P/0162CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 00000000 2º 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO SEGURO OBRIGATÓRIO

PET: 000.29 OBSERVAÇÕES

RESERVA DE DOMÍNIO DE PORTE OBRIGATÓRIO FRANCISCO LAERCIO DA SILVA MENDONÇA

PICOS LOCAL DATA 16/07/2018

PI Nº 012428355602 BILHETE DE SEGURO DPVAT

07031616360 FIG-2239 2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 16/07/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 07031616360 PLACA FIG-2239

RENAVAM 01068814125 MARCA/MODELO HONDA/CG 160 TITAN EX

ANO FAB 2015 CAT. TÍP. 9C2KC2210GR012261 Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) 081,28 DENATRAM (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO 020,41

CUSTO DO BILHETE (R\$) 004,15 IOF (R\$) 000,70 TOTAL A SER PAGO SEGURO 185,50

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 20/06/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL

CPF da vítima:

070.316.163-60

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

ROMÁRIO ALVES DOS SANTOS

Profissão:

AUTOMOBILISTA

Endereço:

POVODADO CARSTOUVAHNO

Bairro:

CARSTOUVAHNO

Cidade:

PICOS

Estado:

PI

CPF:

070.316.163-60

Numero:

Complemento:

CEP:

64600-000

Tel. (DDD):

(87) 95365353

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). (87) 8105-5060

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3832

013

CONTA:

00012682

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

**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 fins de cobertura do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias, não sendo possível a apresentação, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da perícia. A presente declaração é válida por 90 (noventa) dias, a contar da data de emissão, e não substitui a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a causa decorrente do meu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Celso de Resende, 465 Loja C  
Centro - Nono CEP: 64.002-420  
Teresina-PI

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou parâmetros vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou parâmetros vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se habilitarem e provarem esta condição, estando ciente ainda, de que quaisquer 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.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data: Picos 07.05.2019

Nome:

CPF:

Romário Alves dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS

CPF: 045.762.493-04

2ª Nome: JOÃO MANOEL DE SOUSA

CPF: 041.607.833-84

Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

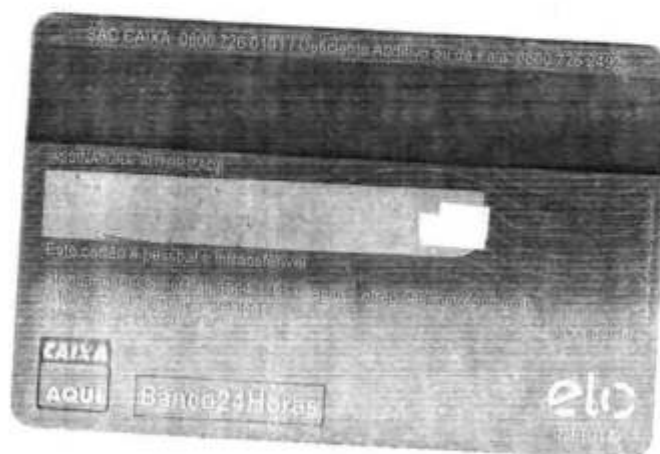
Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI





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

291 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 102315.001510/2019-49**

Unidade de Registro: 3ª DRPC - PICOS

Resp. pelo Registro: Maria Sousa Luz Carvalho

Data/Hora: 24/04/2019 - 09:50

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

3ª DRPC - PICOS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PICOS

Endereço

POVOADO CRISTOVINHO, Nº:

Complemento

521332

521334 (DAMS)

Data/Hora

09/03/2019 - 06:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ROMÁRIO ALVES DOS SANTOS

RG: 3451051 SSP PI

Mãe: MARIA HELENA DE MOURA

Pai: MANOEL ALVES DOS SANTOS

Endereço: POVOADO CRISTOVINHO, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PICOS

Telefone(s): 89-8105-5060

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 160 TITAN

Ano: Placa:

2016 PIG2239

Chassi:

9C2KC2210GR012261

Renavam:

01068814125

Cor:

Vermelha

Condutor: ROMÁRIO ALVES DOS SANTOS

RG: 3451051 Órgão: SSP UF RG: PI

End: POVOADO CRISTOVINHO Número: Complemento:

Cidade: PICOS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: ROMÁRIO ALVES DOS SANTOS

Cidade: PICOS UF: Bairro:

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O NOTICIANTE COMPARECEU NESTA UNIDADE POLICIAL PARA COMUNICAR QUE SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO MOMENTO EM QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA; QUE DIZ O MESMO QUE SEGUIA DO POVOADO CRISTOVINHO COM DESTINO CENTRO DE PICOS/PI, QUE AO EFETUAR UMA CURVA SE DEPAROU COM OUTRA MOTOCICLETA; QUE NÃO TEVE COMO EVITAR A COLISÃO; QUE DECORRENTE DO SINISTRO ESTE SOFREU FRATURA NO DEDÃO DO PÉ DIREITO (COM AMPUTAÇÃO DO MEMBRO); QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ DE PICOS/PI, ATENDIMENTO Nº P0619491. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Maria Sousa Luz Carvalho - Mat. 0421421  
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

ROMÁRIO ALVES DOS SANTOS - Noticiante  
Responsável pela Informação



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 102315.001510/2019-49**



Delegado de Polícia



