

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Nº do Posto Fixo: 011912669



OUTUBRO/2018

11/10/2018

765

768,52

RODAO CUSTODIO DE MOURA
PC SANTANA 135-A S/C B-URBANO
CNPJ: 000000000000000000 IE: 14423892
CEP: 64.545-000 - SANTA CRUZ DO PIAUI

9841	64/10/2018
9076	04/09/2018
1,000	06/11/2018
765	03/10/2018
765	04/10/2018
FCAM	
	30

NORMAL

Comercial	MONO	A1486756	3.1.3.1	361
-----------	------	----------	---------	-----

SET/18	409	CONSUMO	765 A R\$ 0,695876 =	685,34
AGO/18	342	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		83,18
JUL/18	336	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	38,21	
JUN/18	355			
MAY/18	363			
ABR/18	315			
MAR/18	319			
FEV/18	303			
JAN/18	429			
DEZ/17	396			
MÊS DE DEBITOS: 765 - 0,694890				

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$

04/2014 44,20

Informações sobre os débitos apresentados no boleto de E.E. devem ser enviadas até o dia 10 de cada mês. Caso não seja enviado, o débito será considerado em atraso e o cliente será cobrado com multa e juros.

LIGUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

INFORMANDO AO TT-CC D7ES.6314.4825.4955.FA3C.EZF3.5288.17C6

462,14	685,34
0,00	27,00%
0,00	185,04
0,00	6,78
223,20	31,38

6,87 13,74 27,48 3,86 7,73 15,45 3,97
0,00 0,00 0,00

BURITI GRANDE

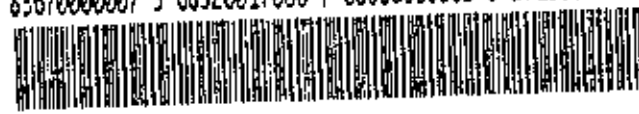
05/2018

99,75



SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR R\$
0583271-3	768,52
MES FATURADO	VENCIMENTO
10/2018	11/10/2018
Nº do Posto Fixo: 011912669	FCAM

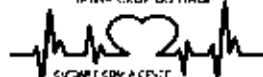
83670000007 5 68520017000 7 000000000583 5 27131018008 5



SFC.: 00162 UC: 0583271-3 DT. LEIT.: 04/10/2018 T. ENTR.: 01
LEITURA: 9841 NORMAL TOTAL: 768,52 CARGA: 002
DT. VENC.: 11/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 0112

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

SANAR GRUPO DO NALU



FICHA AMBULATORIO

N.º DE REGISTRO

03 13
09-04

UNIDADE DE SAÚDE Casa de Saúde Celestina Martins

NOME DO PACIENTE Francisco das Chagas de Lima

ENDEREÇO Genipapinho

SEXO M PESO 5 E CIVIL S DATA DE NASCIMENTO 27-08-86 NATURALIDADE STº Cruz Lavadores PROFISSÃO 124

TELEFONE 124 MICROÁREA 124

NOME DA MÃE Inácia Jovina de Lima

NOME DO PAI Silvestre José de Lima

CARTÃO DO SUS: 700602921396164 ACS: Fátima

ÓBITO

DATA / / /

CAUSA / / /

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

DATA / / /

QUEIXA PRINCIPAL

H.D.A.

A. GINECOLÓGICOS / OBSTÉTRICOS

A. PATOLÓGICOS PESSOAIS

A. FAMILIARES

IMUNIZAÇÃO:

H. SÓCIO / ECONÔMICA

EX. FÍSICO GERAL

EX. FÍSICO ESPECIALIZADO

H. DIAGNÓSTICA

EX. COMP. SOLICITADOS

CONDUTA:

[illegible]



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0526786
Data: 26/04/2018
Funcionario: MAIARA

Registro: 389671
Hora: 16:38:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 132

SUS

FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA

Nasc.: 26/05/1986 Idade: 31 ANOS, 11 MESES
End.: GENIPAPINHO, 0 -
Cor: PARDA Telefone: (89) 9880-60128

Profissão: LAVRADOR
Bairro: ZONA RURAL
Mãe: INACIA JOVINA DE LIMA

CPF: 027.734.213-96 - RG: 2419070 - SUS: 700602921396164

Civil: CEP: 64545-000
Cidade: SANTA CRUZ DO PIAUI/PI
Pai: SEVERO JOSE DE LIMA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: TRANSPORTE PRÓPRIO

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico: *Por referir acidente motociclistico
com trauma exclusivo a MLE.*

Hora: _____
☐ Internação

Exames Complementares:

- 1) Rolo X - PE / Tomografia Ess.
- 2) Ao ortopedista *AS 10*
- 3) Copropil 25g - *depois de 10 dias*

Genilso P. Oliveira
Téc. Radiologia
CRTR-02017-1-17-REG-MA/PI

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

1) Paracetamol 100mg + 100ml SF 644. C. 20:00

Internado

Dr. S. P. Pereira
Ortopedista / Traumatologia
CRTR-02017-1-17-REG-MA/PI

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 16:56:22

Prioridade:

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

Queixa/História: CORTE EM PÉ ESQUERDO POS ACIDENTE DE MOTOCICLETA há +/- 03 HORAS

Alergias: NEGA

Medicação Usual: NDN

PA: 165/85 mmHg

AX: 0°C

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Observação: EVENTO RECENTE

Condulta: AO CLINICO

FR: 04hrpm

SAT 02: 0

Dor:

Peso: 0 kg

ECG: 0

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 13/06/2018

529765 ANA FLAVIA CABRAL FEITOSA
Enfermeiro Responsável

Hora:

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia

Destino:

Francisco das Chagas de Lima
FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA
Paciente ou Responsável

6346 - RAPHAEL REBELO SOUSA
Médico Responsável

Atendimento:	1050286
Data:	27/04/2018
Hora:	12:05

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184
PICOS/PI

Nº AIT
MAIARA

BOLETIM DE ADMISSÃO

389671 - FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 26/05/1986 - Cor/Raça: 03-PARDA

31 ANOS, 11 MESES, 1 DIA

Clinica: CIRURGIÃO

Enfermaria: 21- ORTOPEdia - M

Leito: C21/99

Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

Médico: 3424 - JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

CPF: 027.734.213-96

RG: 2419070

CNS: 700602921396164

SIS Prenatal:

Endereço: GENIPAPINHO, N° 0 - CEP: 64545-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2209104- SANTA CRUZ DO PIAUI/PI Profissão: LAVRADOR

Telefone: (89) 9880-60128

Pai: SEVERO JOSE DE LIMA

Mãe: INACIA JOVINA DE LIMA

Responsável: ISABEL INACIA DE LIMA - (89) 9880-60128 - IRMA

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Óbito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

Hospital Regional Justino Luz
CONFERIR COM O ORIGINAL
Data: 27/04/2018
Assinatura: [Assinatura]

JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR



HRJL
Hospital Regional Justino José

FARMACOS dos Capos Amos		PRONTUÁRIO	CLÍNICA		
DATA/ HORA/ CÓDIGO	PREScrição MÉDICA		QUANT.	ENF. OU APT	MÉDICO ASSISTENTE
27/09/18				21	LEITO 99
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
(1) Rito Jansen Line					
(2) Ceftriaxona 1g SC 0,9% 100ml	(EV)	12/12g		14	Viss paciente em EGR, consciente, orientado para o tempo e espaço, exames físicos sem quadro de lesões ósseas ou articulares evidentes da região ortopédica.
(3) Tiludron 20mg AD 8ml	(EV)	12/12g		14	Exames endóscopicos do esôfago e duodeno.
(4) Dipirona 1g AD 8ml	(EV)	6/6g		18	
(5) SSVV 8ml					
				LUCAS M. S. Araujo Enfermeiro CRM-SP 12650 Dr. Enivaldo de Sá Barros Ortopedia / Traumatologia CRM-SP 12654 Hospital Regional Jurupiranga CONHECE COM O DR GIN Data: 27/09/18	

تبرکات

Dr. Gutemberg C. M. M. Soares
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR: 5388 TEOT: 15129



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <i>Fernandes dos Anjos</i>	ALA	IC	APTO	LEITO	99	R. MET.
HD: <i>Fy exposto no (F)</i>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES			
DATA: 29/04/18						
1. DIETA GERAL						
2. Scalp Salinizado						
3. OMEPRAZOL 40 MG VO ÀS 6H	<i>✓</i>					
4. DAPIRONA 1 G + AD EV 6/6 h SOS	<i>✓</i>					
5. TILATIL 20 MG EV 12/12 h	<i>✓</i>					
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS	<i>✓</i>					
7. FISIOTERAPIA-MOTORA E RESPIRATORIA						
8. CCGG+SSVV						
9. Keflin 1 g + 10 mL AD EV 6/6h	<i>✓</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>	
10. CAPTOPRIL 25 MG VO 8/8H SOS						
11. ONDRASETRONA 8 MG EV 8/8H SOS						
12. LIQUEMINE 5000 UI-SC-8/8H						
<i>Dr. Carlos Eduardo Almeida</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM-PI 5214 - C.R.M. MA 9618</i>						

Hospital Regional de Juazeiro do Norte
CONF. RES. COM O
DIRETOR

Em 08:15 Cliente transien-
te, apresentando febre, labo-
ratório sanguíneo alterado, acil-
tuberculose, realismo de neurologia
em F.O. com presença de
crudo microscópico, isolado
e secreção purulenta de
osso e de sutura.
Módulo de recuperação
de fratura de fêmur, com
alívio da dor.
Aylane Azeiteiro Rodrigues
Téc. Enfermagem - CREF 54502-2
CPF: 04.120.254-01

Hospital Regional Justino Luz
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
15/06/2018

NOME: <u>Fca dos Ungeiros Lima</u>	ALA C	APTO <u>021</u>	LEITO <u>29</u>	R. MET.
HD: <u>DF - Capote 12</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
DATA <u>5/04/18</u>				
1. DIETA LIVRE			<u>acurada, regular, 4500 cal</u>	
2. SCALP SALINIZADO			<u>limpando e hidratando</u>	
3. DAPIRONA 1 G AMP IV 6/6 HORAS	<u>12</u>	<u>18</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
4. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00 HORAS	<u>12</u>	<u>18</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
5- CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/8 H SE PAS MAIOR 160 MMHG E/OU PAD MAIOR 110 MMHG				
6-TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML EV 8/8 HORAS S/N				
7-TILATIL 40MG + AD EV DE 12/12H S/N				
8-ONDANSETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N				
9-CEFALOTINA 1G + AD IV 6/6H	<u>12</u>	<u>18</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
10-FISIOTERAPIA MOTORA				
11-HEPARINA 5000UI SG 12/12H				
12-SSVV + CCGG				

Ass. Adm. e Pedag. Jônior
Ass. Adm. e Pedag. Jônior
Ass. Adm. e Pedag. Jônior

NOME: Francisco das Chagas de Lima	ALA	APTO	LEITO	R. MET.
DATA: 30/11/17	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
1. DIETA LIVRE	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
2. SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 1000 ML IV 14 GOTAS/MIN			AS 10:00 Leve dor no	
3. OMEPRAZOL 40 mg VO AS 06 HORAS			curativo no abdômen	
4. DIPIRONA 1G ,IV, 6/6H			CORRENTE de Enfermagem	
5. TILATIL 40 mg + AD, IV, 12/12 H			Técnica de Curativo	
6-ONDANSETRONA 8 MG IV 8/8 H S/N				
7- TRAMAL 100MG + 100ML Soro Fisiológico a 0,9% de 8/8 horas SN				
8 - SSVV + CCGG				
9- Furosemida + Paracetamol em bolus oxigenio via oral	Ciente			
10- Furosemida + Paracetamol em bolus oxigenio via oral	Náuseas			
Dr. Gustavo Félix Cirurgião de Traumatologia CRM-PR 5117				
Hospital Regional Juscelino Kubitschek CONFERE COM O ORIGINAL Data 15/12/17 Assinatura				

Dr. Francisco Javier Ceballos Brando
Ortodoncia/Traumatología
CRM-P 4534 / TEST 14796



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA	ALA	C	APTO	24	LEITO	99	R. MET.
HD: FRAT. EXPOSTA DE PÉ	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM						
PREScrição Médica	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			OBSERVAÇÕES			
DATA: 04/05/18				Hospital Regional Justiça do Piauí Liberado com a Origem Data: 14/05/18 Assinatura: [assinatura]			
1. DIETA GERAL	1 8h						
2. Scalp Salinizado	1 8h						
3. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 6H	1 06						
4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6 h SOS	1 24						
5. TILATIL 20 MG EV 12/12 h	1 24						
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS	1 24						
7. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	1 24						
8. CCGG+SSVV	1 24						
9. CEFALOTINA 1 g + 10 mL AD EV 6/6h	1 24						
10. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAD> 110 MMHG	1 24						
11. ONDRASETRONA 8 MG EV 8/8H SOS	1 24						
12. CURATIVO COM HIDROGEL, 1X DIA	1 24						
Paciente acordou com dor no momento.							
Ao exame. Bica, ferida operatória de bom aspecto. BPP							
Sem mal de cabeça no momento							

Paciente acordou com dor no momento.
Ao exame. Bica, ferida operatória de bom aspecto. BPP
Sem mal de cabeça no momento

Dr. Rennan Xavier

Dr. Rennan Xavier
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Ombro e Cotovelo
CRM-PI 5451 TEOT 15671

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

Francisco das Chagas de Lima

CIRCULANTE _____	SALA Nº _____	
ENTRADA NA SO <u>10:55</u>	INÍCIO DA ANESTESIA: _____	INÍCIO DA CIRURGIA <u>11:00</u>
SAÍDA DA SO _____	TÉRMINO DA ANESTESIA: _____	TÉRMINO DA CIRURGIA <u>12:00</u>
CIRURGIA PROPOSTA: _____		
CIRURGIA REALIZADA: _____		
CIRURGIÃO _____	ANESTESIOLOGISTA _____	INSTRUMENTADOR _____
ASSISTENTES: 1º _____	CRM _____	2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO	SÍMBOLOS
	☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO ☐ ELÉTODOS ☐ INCISÃO CIRÚRGICA ☐ OXIMETRIA DE PULSO ☐ PANI
SINAIS VITAIS INÍCIO: PA <u>80/60</u> SATO <u>98%</u> FC <u>73 bpm</u> SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA <u>110/80</u> SATO <u>99%</u> FC <u>80 bpm</u>	

TIPO DE ANESTESIA	☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL ☐ BLOQUEIO AXILAR ☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2 ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	☐ BLOQUEIO DE PLEXO CERVICAL JELCO Nº 2 ☐ BLOQUEIO PERISULAR ☐ GERAL COMBINADA (V+1) ☐ GERAL INALATÓRIA	☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL LOCAL ☐ PERIDURAL ☐ SEDACÃO ☐ SEDACÃO + LOCAL ☐ TOPICA
☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____ ☐ COM CUFF ☐ SEM CUFF	☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____ ☐ OUTRAS _____		

POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA	☒ DORSAL ☐ VENTRAL	☐ GINECOLÓGICA ☐ LITOTÔMICA	☐ LATERAL ESQUERDA ☐ LATERAL DIREITA	☐ SENTADA ☐ SEMI-FOWLER	☐ TRENDELEMBURG
---------------------------------	--	--	---	--	--

PREPARO DA PELLE	☒ DEGERMAÇÃO ☐ ANTI-SEPSIA REALIZADA POR _____	☒ PVPI DEGERMANTE ☐ PVPI ALCOOLICO ☐ EQUIPE MÉDICA	☐ SOLUÇÃO CLORO-HEXIDINA ☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO ☐ EQUIPE ENFERMAGEM
-------------------------	--	--	--

PROCEDIMENTO REALIZADOS	☐ CATETERISMO VESICAL ☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl	☐ TRICOTOMIA ☐ PASSAGEM SNG ☐ FUNÇÃO VENOSA	☐ ASPIRAÇÃO ☐ MSD ☐ MSE ☒ OUTROS _____
--------------------------------	---	--	--

☐ SONDA URETRAL Nº _____ ☐ SONDA FOLEY Nº _____	☐ COLETOR ☐ LANCETA	☐ UROSTOP ☐ UNID _____	☐ AP BARBEAR ☐ Sonda de ASPIRAÇÃO Nº _____	☐ UNID _____ ☐ SNG Nº _____ ☐ JELCO Nº _____
--	--	---	---	---

GARROTEAMENTO	TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH UNID _____ LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTÉBRAÇO ☐ COXA ☐ PANTURRILHA TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____	☐ GARROTE PNEUMÁTICO mmHg _____ ☐ NÃO SE APLICA
----------------------	--	--

SERVIÇOS SOLICITADOS	☐ ANATOMIA PATOLÓGICA ☐ LABORATÓRIO ☐ RX	☐ NÃO ☐ SIM ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM	LOCAL _____ N DE FRASCOS _____ ☐ OUTROS _____ NÃO SE APLICA
-----------------------------	--	---	---



FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares

HRJL
Hospital Regional Justino Luz

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
Anestesia dos dentes da linha				07/04/18		
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO				QUANT.	UND.	TOTAL
SERINGA 1 ML 3 ML						
SERINGA 5 ML / 10 ML				1		
SERINGA 20 ML				1		
KIT ACESSO CENTRAL						
SONDA DE ASPIRAÇÃO						
AGULHA 40X12						
ALGODÃO						
ÁGUA DESTILADA				25		
VPI						
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE				10		
ATADURA COM CREPOM						
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA - Injeção				1		
LIDOCAÍNA						
PROPOFOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFALOTINA (cefalotina)				10		
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
ASIL						
AMINA K						
AMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON				118		
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE						
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI				1		
LUVA ESTÉRIL				1		
LUVA DE PROCEDIMENTO				1		
SORO FISIOLÓGICO 0,9%				1		
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUDO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
EQUIPO						
AGULHA DE RAQUE				1		
TENOXICAM						
				APARELHAGEM		
				ARCO CIRÚRGICO ☐		
				BOMBA DE INFUSÃO ☐		
				ASPIRADOR ☐		
				AUTOCLAVE ☐		
				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO ☐		
				ULTRASSON ☐		
				STIMUPLEX ☐		
				USO DA SALA		
				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
				11:10h	12:00	1h
				OPERAÇÃO		
				CIRURGIÃO		
				AUXILIAR		
				ANESTESISTA		
				TIPO DE ANESTESIA		
				INSTRUMENTADOR		
				OCORRÊNCIAS		
				Hospital Regional Justino Luz CONFERE COM O ORIGINAL Data: 07/04/18 Funcionário: [assinatura] Dr. Ayles Justino Luz Cirurgião / Traumatologista CRM 12.185 - RBO 11.97		
				MÉDICO: Dr. Ayles Justino Luz		
				ENFERMEIRA (O): [assinatura]		
				TÉC. ENFER.: [assinatura]		



FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares

FICHA DE ANESTESIA

HRJL
Hospital Regional Justino Luz

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS		NOME <i>João da Cruz de L.</i>				
DATA	P. Material	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hemafimetria	Hemoglobina	Hemacritia	Glicemia	Dos. Urina
Exames de Urina						
Digestivo						
Respiração						
Asma						
Bronquite						
Sistema Respiratório						
Sistema Urinário						
Sistema Digestivo						
Cardíacos						
Atardados						
Outros						
Estado						
Risco						
Efeitos						
Diagnóstico Pré-Operatório						
Pre-Medicação (Agentes e Doses)						
Total e Doses						
Agente Anestésicas	Oxigênio	<i>11:00</i> <i>12:00</i>				<i>15 mg</i> <i>10 mg</i> <i>20 mg</i> <i>epidural</i> <i>0.1%</i>
1						
2						
3						
Líquidos	Soluto 500	<i>S.D.</i>				<i>Sequência</i> <i>1. epidural</i> <i>2. 10 mg</i>
	400					
	Sangue 300					
	200					
	Outros 100					
Temperatura	260	<i>11:00</i>				<i>10 mg</i>
	240					
Pulso	30					3
	220					4
	200					5
	180					6
	160					7
	140					8
	120					9
	100					10
	80					11
	60					12
	40					13
	20					14
	10					15
Início e Fim Anestesia	36					16
Início e Fim Operação	34					17
Respiração	32					18
	30					19
Símbolos <i>ISO</i> <i>ISO</i>						Duração
Técnicas: <i>manobra de L3-L4, L4-L5</i>						<i>Incidente - Acidente</i>
Operações: <i>epidural - 10 mg de bupivacaína</i>						
Cirurgias: <i>perforação de disco L4-L5</i>						
Anestésias: <i>10 mg de bupivacaína</i>						
Condições pós-oper. imediatas						

**FEPISERH**Fundação Estatal Piauiense
de Serviços Hospitalares**REQUISIÇÃO DE PARECER**

NOME:

Fco das Chagas Filho

PRONTUÁRIO:

DA CLÍNICA:

À CLÍNICA:

LEITO:

C-01-95

MOTIVO DA CONSULTA

Rx. p. E.

DATA: ____/____/____

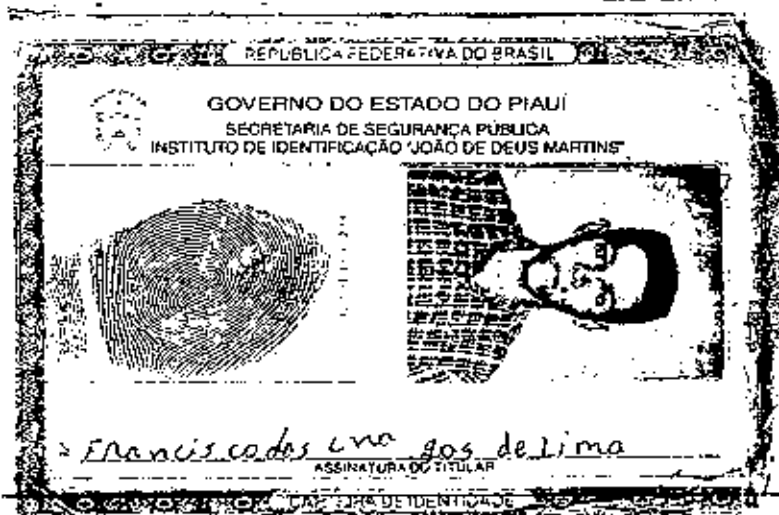
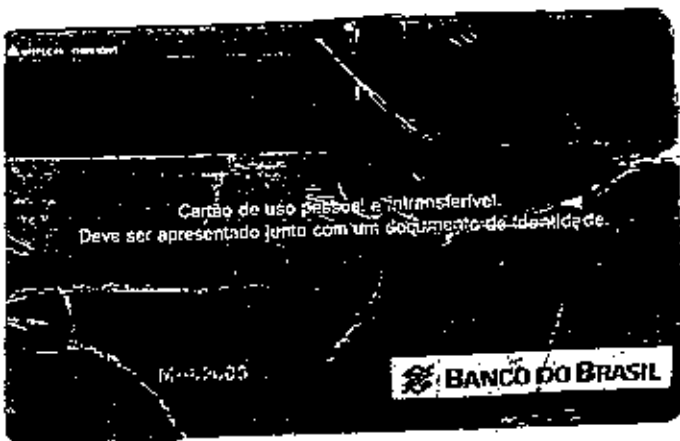
ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Hospital Regional Juazeiro
CONFECIONADO EM
Data 15/02/95
Furquim

DATA: ____/____/____

ASS. MÉDICO CONSULTANTE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.429.070 DATA DE EXPEDIÇÃO 30.09.2002

NOME FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA

FILIAÇÃO Severo José de Lima
Inácia Jovina de Lima

Santa Cruz do Piauí 26. maio 1986
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Hasetº 15.327 liv. 13-A fls. 75 exp.
em Santa Cruz-PI 25 de maio de 1998

ASSINATURA DO DETENTOR

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA

DATA DE NASCIMENTO 26/05/1986 Nº INSCRIÇÃO 0324 0955 1589 ZONA 066 SEÇÃO 0029

MUNICÍPIO / UF SANTA CRUZ DO PIAUÍ / PI DATA DE EMISSÃO 27/04/2017

PRESIDENTE DO TRE-PI

OUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170180786 Nº 013030664-56
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - DOB. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXL. DO
1 480749400 2018

FRANCISCO DAS CHAVAS DE LIMA

02773421394 DEC-0509

9C2KD0530CR302464

PAB/MOTOCICLO/VERMELHA

HONDA/NXR150-BROS-ES 2012 2012

002P/1490C PARTIC VERMELHA

1º IPVA

2º

3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO 0

SEM-RESTRICOES

SANTA CRUZ DO SUL 12/4/2018

ARAO MARTINS DO ROSO LIMA
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 NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013030664456 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 12/4/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 02773421394 DEC-0509

RENAVAM MARCA / MODELO
480749400 HONDA/NXR150-BROS-ES

ANO FAB. CAT. INF. Nº CHASSI
2012 09 9C2KD0530CR302464

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,28 9,03 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4,15 0,70 185,50

PAGAMENTO DATA DE QUOTAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 28/03/2018

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.408/0001-04

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
DPVAT

Outros

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO



ASL-0445016/18

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA

CPF: 027.734.213-96

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS
DE LIMA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA : 027.734.213-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/12/2018
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA
CPF: 027.734.213-96

FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2018
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patrícia Aleixo Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180579225 **Cidade:** Santa Cruz do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA **Data do acidente:** 26/04/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM CIRÚRGICO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180579225 **Cidade:** Santa Cruz do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA **Data do acidente:** 26/04/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM CIRÚRGICO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445016/18

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA

CPF: 027.734.213-96

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 26/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA : 027.734.213-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/12/2018
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA
CPF: 027.734.213-96

FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180579225

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA

Data do Acidente: 26/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180579225

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA

Data do Acidente: 26/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

RECEBIDO

04 DEZ 2018

Seguradora Lider DPVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 211764.000049/2018-73

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Ivan Monteiro Do Carvalho

Data/Hora: 17/08/2018 - 09:50

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Endereço

ESTRADA CARROÇÁVEL DA LOCALIDADE GENIPAPINHO, Nº:

Complemento

ZONA RURAL DE SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Data/Hora

26/04/2018 - 12:30

Bairro

OUTROS

Ponto de Referência

Boletim de ocorrência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA

RG: 2.419.070 S PI

Mãe: INÁCIA JOVINA DE LIMA

Pai: SEVERO JOSÉ DE LIMA

Endereço: LOCALIDADE GENIPAPINHO, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: OEIRAS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal, acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. BROS150

Ano: Placa: Chassi:

2012 OEC0503 9C2KD0550CR302464

Renavam:

483749400

Cor:

Vermelha

Condutor: A PRÓPRIA VITIMA/NOTICIANTE

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro:

Proprietário: O NOTICIANTE/VITIMA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA o noticiante que no dia 26/04/2018, por volta das 12:30 horas, sofreu um acidente de trânsito na Localidade GENIPAPINHO, zona rural de Santa Cruz do Piauí, quando conduzia, sozinho, a motocicleta de marca HONDA/NXR 150 BROS ES, COR VERMELHA, PLACA: OEC-0503/SANTA CRUZ DO PIAUÍ, ANO 2012, MODELO 2012, CHASSI: 9C2KD0550CR302464, de sua propriedade; QUE na ocasião o noticiante descia uma ladeira quando de repente avistou uma vaca no meio da estrada; QUE ainda conseguiu desviar da vaca, mas em seguida perdeu o controle da motocicleta após o pneu dianteiro ceder na bitola, caiu ao chão, sofrendo uma lesão profunda no pé esquerdo (não houve fraturas de osso, apenas corte na carne), QUE após o acidente o noticiante foi socorrido por sua irmã MARIA DAS DORES DE LIMA e levado de automóvel particular para a Secretaria de Saúde de Santa Cruz do Piauí; QUE em seguida foi transferido para o Hospital Regional Justino Luz, em Picos-PI.

Ivan Monteiro Do Carvalho - Mat. 108410X
AGENTE DE POLÍCIA

FRANCISCO DAS CHAGAS DE LIMA - Noticiante
Responsável pela Informação

Bel. Francisco Rodrigues da Silva
Delegado de Polícia
Mat. 2085145



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 211764.000049/2018-73

Delegado de Polícia

Bel. Francisco Rodrigues da Silva
Delegado de Polícia
Mat.: 198514-6



Ato



FICHA DE ATENDIMENTO - ACOLHIMENTO Registro: 20656

JANDIRA NUNES MARTINS
Atendimento humanizado de qualidade☒ 1ª consulta☐ consulta subsequente

Alta:

☐ Melhor☐ Evasão

Data: 26/04/18

☒ Transferência☐ Óbito

Hora: 15:50

SUS

CNPJ: 17.690-867/0001-19

Rua Cônego Cardoso, Nº 360 - Centro
Santa Cruz do Piauí - PI

E-mail: unsumartins@netmail.com

Dados do Paciente

Nome: FRANCISCO DOS CARLOS DE LIMA

Idade: 31a

Profissão: TRABALHADOR AGRÍCOLA

DN: 2612511986

Sexo: ☒ M ☐ F

RG/CPF: RG: 2.414.070

CNS: 307603421396164

Estado Civil: ☐ casado ☒ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo

Tel.: (34) 98806-0128

End. Res.: Loteamento

Cidade: Santa Cruz do Piauí

Bairro: Zona Rural

Cep.: 04545-000

UF: PI

End. Local:

Cidade:

Bairro:

Cep.:

UF:

Pat: Sueli Fátima de Lima

Mãe: Jandira Nunes de Lima

Responsável: O Proprietário

RG/CPF:

Parentesco do responsável:

Grau de Instrução: ensino fundamental incompleto

Dados do Atendimento

Data: 26/04/2018	Hora: 14:40	Condução: própria
Motivo da Procura: Acidente motociclístico	Convênio: SUS	
Acid. Trab.: N	Caso Policial: N	Trauma: Sim
Maus Tratos: N	Notificar?	

Dados da Classificação de Risco

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:
Breve História: Pac P.C.L. Admitido por acidente de moto, trauma em M.E. com exposição de tendões, tendões e músculo profundo. Calmo, consciente, orientado, sem lesões visíveis.	Enfermeira: Naiany A. Pacheco Ass. Profissional: 264017
☐ Vermelho - emergência	☒ Amarelo - urgência
☐ Verde - pouco urgente	☐ Azul - não urgente

Procedimentos: ☒ Consulta s/ observação ☐ Consulta c/ observação ☐ Internação Hospitalar
☐ Imobilização de fratura ☐ Posicionamento de Luxação ☐ Sutura
☐ Outros. Quais?

Queixa Principal: lesão na região de coxa com dor intensa, há dor constante no plano do pé esquerdo

Exame Clínico/ Físico: apresenta lesão na região de coxa com dor intensa, há dor constante no plano do pé esquerdo

Medicação (semente para consulta com observação): SSVV: Tax 56,6°C P 48 bpm R 17 lpm PA 110x80 mmHg GC: mg/dl

Prescrição Médica	Horário	Anotação de Enfermagem
R. Lúcio	15:50	15:50 hr. Pac. F. P. L. admitido por acidente de moto, com trauma em M.E. ferimento aberto profundo, transfixado por ambulância ao H. S. C. Enfermeira: Naiany A. Pacheco
500,0g 1000 ml, ev. adp. 15	15	
75mg IM 15	15	
15	15	

Francisco dos Carlos de Lima
Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico



FICHA DE ATENDIMENTO - ACOLHIMENTO Registro: 20656

JANDIRA NUNES MARTINS
Atendimento humanizado de qualidade☒ 1ª consulta☐ consulta subsequente

Alta:

☐ Melhor☐ Evasão

Data: 26/04/18

☒ Transferência☐ Óbito

Hora: 15:50

SUS

CNPJ: 17.690-867/0001-19

Rua Cônego Cardoso, Nº 360 - Centro
Santa Cruz do Piauí - PI

E-mail: unsumartins@netmail.com

Dados do Paciente

Nome: Francisco dos Chapas de Lima

Idade: 31a

Profissão: Trabalhador rural

DN: 2612511986

Sexo: ☒ M ☐ F

RG/CPF: RG: 2.414.070

CNS: 307603421396164

Estado Civil: ☐ casado ☒ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo

Tel.: (34) 98806-0128

End. Res.: Santa Cruz do Piauí

Cidade: Santa Cruz do Piauí

Bairro: Zona Rural

Cep.: 04545-000

UF: PI

End. Local:

Cidade:

Bairro:

Cep.:

UF:

Pat: Francisco dos Chapas de Lima

Mãe: Jandira Nunes de Lima

Responsável: O Proprietário

RG/CPF:

Parentesco do responsável:

Grau de Instrução: Ensino fundamental incompleto

Dados do Atendimento

Data: 26/04/2018	Hora: 14:40	Condução: própria
Motivo da Procura: Acidente motociclístico	Convênio: SUS	
Acid. Trab.: N	Caso Policial: N	Trauma: Sim
Maus Tratos: N	Notificar?	

Dados da Classificação de Risco

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:
Breve História: Pac. F.C.L. admitido por acidente de moto, trauma em M.E. com exposição de tendões, tendões e músculo profundo. Calmo, consciente, orientado, sem lesões visíveis.	Enfermeira: Naiany A. Pacheco Ass. Profissional: 264017
☐ Vermelho - emergência	☒ Amarelo - urgência
☐ Verde - pouco urgente	☐ Azul - não urgente

Procedimentos: ☒ Consulta s/ observação ☐ Consulta c/ observação ☐ Internação Hospitalar

☐ Imobilização de fratura ☐ Posicionamento de Luxação ☐ Sutura

☐ Outros. Quais?

Queixa Principal: Trauma no membro superior direito com entorse, dor constante no punho do PE esquerdo.

Exame Clínico/ Físico: punho do PE esquerdo com entorse, dor constante no punho do PE esquerdo.

Medicação (semente para consulta com observação): SSVV: Tax 56,6°C P 48 bpm R 17 lpm PA 110x80 mmHg GC: mg/dl

Prescrição Médica	Horário	Anotação de Enfermagem
R. Medicação		15:50 hrs. Pac. F.C.L. admitido por acidente de moto, trauma em M.E. com exposição de tendões, tendões e músculo profundo. Calmo, consciente, orientado, sem lesões visíveis.
500,0g 1000ml, ev. adp. 15	15	
75mg IM 15	15	
15	15	
15	15	
15	15	
15	15	
15	15	
15	15	
15	15	

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Enfermeira
COREN-PI 264017



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 027.734.213-96 Nome completo da vítima: Francisco dos Anjos de Lima

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

Nome completo: Francisco dos Anjos de Lima CPF: 027.734.213-96

Profissão: LAVRADOR Endereço: Praça Santana Número: 735 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Santa Cruz do Piauí Estado: PI CEP: 64545-000

E-mail: _____ Tel (DDD): (89) 98803-5326

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

RENDA MENSAL:

☐ RECLUSO 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: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0837 7 CONTA: 0055107 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.196/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde de seu conteúdo.

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: _____

Grav 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 nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão 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.

Local e Data: Santa Cruz do Piauí - 02/27/11/2018

Nome: Francisco dos Anjos de Lima

CPF: 027.734.213-06

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco dos Anjos de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

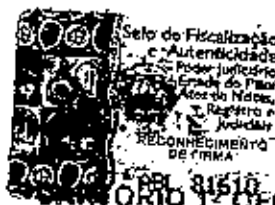
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

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

Cartório do 1º Ofício de Notas, Registro de Imóveis e Registro Civil das Pessoas Naturais da Comarca de Santa Cruz do Piauí - PI
Praça Clamenlino Martins - nº167 - Centro - CEP:64.545-000
e-mail: cartorio@cartoriocruzdo Piaui.com

Edgar Nunes Martins Tabelião de Santa Cruz do Piauí - PI
Poder Judiciário - Santa Cruz do Piauí - PI
Poder Judiciário - Santa Cruz do Piauí - PI
Poder Judiciário - Santa Cruz do Piauí - PI

Edgar Nunes Martins Tabelião



SANTA CRUZ DO PIAUÍ - PI
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
EDGAR NUNES MARTINS
TABELIÃO
MARIA DO PERPÉTUO S. DOS S. MARTINS
"ESCREVENTE COMPROMISSADA"
AIRANE DE SOUSA CARVALHO
"ESCREVENTE JUMENTADA"

COMARCA STA. CRUZ-PI
Edgar N. Martins
Tabelião