



Número: **0800708-91.2020.8.18.0049**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Elesbão Veloso**

Última distribuição : **13/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                 |
|------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------|-----------------|
| ALCENOR JOSE DA CRUZ (AUTOR)                               |                    | FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO) |                 |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                              |                 |
| Documentos                                                 |                    |                                              |                 |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo            |
| 9369811                                                    | 23/04/2020 14:43   | <a href="#">Despacho</a>                     | Despacho        |
| 9247518                                                    | 14/04/2020 17:02   | <a href="#">Certidão</a>                     | Certidão        |
| 8827026                                                    | 13/03/2020 11:16   | <a href="#">Petição Inicial</a>              | Petição Inicial |
| 8827027                                                    | 13/03/2020 11:16   | <a href="#">DOC - ALCENOR JOSÉ DA CRUZ</a>   | Documentos      |



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ**

**Vara Única da Comarca de Elesbão Veloso DA COMARCA DE  
ELESBÃO VELOSO**

Praça Santa Teresinha, 242, Centro, ELESBÃO VELOSO - PI - CEP: 64325-000

**PROCESSO Nº: 0800708-91.2020.8.18.0049**

**CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]**

**AUTOR: ALCENOR JOSE DA CRUZ**

**REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

### **DESPACHO**

**Vistos etc.** Defiro os benefícios da gratuidade da Justiça, assim como, a inversão do ônus da prova em favor da parte autora.

Ante as especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, reservo-me para momento posterior e após a formação do contraditório a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, VI, do CPC/15 e em consonância com o Enunciado nº 35 da ENFAM ("Além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI, do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo").

Cite-se, portanto, a Seguradora demandada, - para oferecer contestação, querendo, no prazo legal, ressaltando que a ausência de contestação implicará no decreto da revelia e na presunção de veracidade dos fatos elencados na petição inicial.

Cumpra-se.

**ELESBÃO VELOSO-PI, 23 de abril de 2020.**

**Juiz de Direito da Vara Única da Comarca de Elesbão Veloso**





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

CABINETE DA Vara Única da Comarca de Elesbão Veloso DA COMARCA DE ELESBÃO VELOSO

Praça Santa Teresinha, 242, Centro, ELESBÃO VELOSO - PI - CEP: 64325-000

---

PROCESSO Nº: 0800708-91.2020.8.18.0049

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: ALCENOR JOSE DA CRUZ

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

### **Certidão de Triagem**

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei a regularidade da representação do processo, motivo pelo qual faço sua conclusão para despacho inicial.

ELESBÃO VELOSO-PI, 14 de abril de 2020.

**THAYSE ARAUJO PEREIRA**

**Secretaria da Vara Única da Comarca de Elesbão Veloso**



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA  
DE ELESBÃO VELOSO - PI**

**ALCENOR JOSÉ DA CRUZ**, brasileiro, viúvo, aposentado, inscrito no CPF sob o nº 030.110.373-96 e portador do RG nº 2.419.408-SSP/PI, residente e domiciliado na Av Antônio Bezerra, nº 516, Bairro Urbano, CEP: 64.520-000 Município de Francinópolis - PI, por seu Advogado "*in fine*" assinado, constituído nos termos do incluso instrumento de mandato (doc. em anexo), com endereço profissional na Rua das Orquídeas, nº 1097, Bairro de Fátima, CEP: 64.049-534 Teresina- PI, onde recebem intimação e correspondências de estilo, telefones para contato: (86) 99973-0022/ 99446-7935/ 3231-2809/ 99996-4692, E-mail: [frmoliveira@hotmail.com](mailto:frmoliveira@hotmail.com), vem, mui respeitosamente, com a devida vênia à honrosa presença de Vossa Excelência, com supedâneo nos artigos 319 do Novo Código de Processo Civil, da Lei Federal 6.194/74 e 8.441/92, propor a presente:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º Andar, Bairro Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-201, pelo motivo de fato e de direito a que passa a expor, ponderar e ao final requerer:

**1 – PRELIMINARMENTE**

**1.1 - DA JUSTIÇA GRATUITA**

O requerente solicita o benefício da gratuidade de justiça, nos termos da Legislação Pátria, inclusive para efeito de possível recurso, tendo em vista a impossibilidade de o autor arcar com as despesas processuais sem prejuízo próprio e de sua família nos termos da Lei 1.060/50.

**2 – DOS FATOS**



O Autor, em data de **04/08/2019 (quatro de agosto de dois mil e dezenove)**, por volta das 18:30 horas, era condutor em uma motocicleta Marca/Modelo HONDA/POP 110i, cor: PRETA de placa PIQ-0721 conduzida pela a parte autora, o mesmo ao subir em sua moto, acima qualificada, na intenção de sair, quando foi surpreendido por um outro motociclista que havia perdido o controle do veículo, saiu da pista e veio a colidir justamente com o Autor, que caiu no chão e desmaiou. O Requerente foi levado, a princípio para a Unidade Mista de Saúde Pedro Lopes, em Francinópolis – PI, para os primeiros socorros. O mesmo ainda esperou sair a regulação para ser transferido no dia seguinte (05/08/2019) para o Hospital Justino Luz, em Picos – PI, onde foi internado para a realização de exames de Raio-X e procedimentos cirúrgicos em sua perna esquerda, conforme BOLETIM DE OCORRÊNCIA N ° 231803.000061/2019-62 (documento em anexo).

Assim, inequivocamente, tendo em vista o fato supra noticiado, o Autor é beneficiário da indenização de **SEGURO DPVAT**, conforme dispõe a legislação de regência.

O requerente teve como resultado do trágico acidente uma **enfermidade incurável**, conforme se observa no **Laudo/Relatório médico** em anexo, o requerente apresentou fratura nos maléolos lateral e medial do pé esquerdo (documentos em anexo).

Assinale que o Autor, mediante procedimento administrativo, deu entrada em requerimento de indenização de **SEGURO DPVAT**, **sendo que a seguradora responsável negou o pagamento da indenização, que em caso de debilidade permanente** o valor estipulado pela Lei 6.194/74, com as alterações da Lei 11.482/07, é no importe de **R\$ 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS)**.

Tal entendimento, Preclaro Magistrado, é fundamentado na **Lei Federal n.º 6.194/1974** com as respectivas alterações **da Lei n.º 11.482/07**, que ampara e assegura, de forma incontroversa, o direito do autor de receber o **SEGURO DPVAT – INVALIDEZ PERMANENTE** no patamar de **R\$ 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS)**, em face **da comprovação da invalidez permanente**, como restara devidamente provada no LAUDO MÉDICO.

Desta forma, as sequelas restam inequivocamente provadas mediante a juntada aos autos, como ora se faz, **do Laudo Médico, Boletim de Ocorrência**, de que foi vítima o autor, bem assim, e fundamentalmente, a **INVALIDEZ PERMANENTE** (docs. em anexo).

A verdade é uma só Excelência, o Requerente é beneficiário da indenização do **SEGURO DPVAT** em seu valor máximo de **R\$ 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS)**, pois foi vítima de acidente de trânsito, em que restou aqui comprovado o grau de **INVALIDEZ PERMANENTE** do mesmo, conforme **LAUDO MÉDICO**.

Desta forma, a demandada deverá indenizar o requerente, conforme determina a **Lei Federal 6.194/74 alterada pela Lei 11.482/07**, que assegura o pagamento aos beneficiários de Seguro DPVAT em caso de **INVALIDEZ PERMANENTE** o importe de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, conforme se demonstrará a seguir.

### 3 – DO DIREITO

Nos termos do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, os danos pessoais circundados pelo



seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar:

**Art. 3º** Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Certamente, no caso de **Invalidez Permanente, o pagamento da indenização de Seguro DPVAT**, conforme determina a lei 6.194/74 com as alterações **da lei 11.482/07, deverá ser de 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS).**

Outra não é a realidade fática do caso em exame, tendo em vista, relatório médico em anexo, que comprova o grau de **invalidez permanente** do autor, o que autoriza de forma iniludível o deferimento da verba indenizatória no patamar fixado pelo dispositivo legal acima, qual seja, **R\$ 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS).**

Impende mencionar que a própria Lei 6194/74, em seu artigo 5º, § 1º determina que a indenização seja paga com base **no valor vigente na época da ocorrência do sinistro**, senão vejamos:

**Art. 5º - O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente**, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

**§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de trinta dias da entrega dos seguintes documentos: (Parágrafo alterado pela MP 340/06).**

a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte;

b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente no caso de danos pessoais.



Apenas para argumentar, há que se dizer que a lei acima, que disciplina o caso vertente, **não distingue entre invalidez total ou parcial**, não podendo, portanto, o intérprete ou o julgador distinguir onde a lei não o faz. Com isso, torna-se despropositado verificar se a invalidez que acometeu o autor é total ou parcial, muito embora, percebe-se que, no caso em exame, **são PÚBLICO E NOTÓRIO QUE É PERMANENTE**.

Assim, incontroversa, pelas provas carreadas oportunamente aos autos, que o grau de invalidez do demandante é **PERMANENTE**, não gerando nenhuma dúvida no tocante à sua pretensão, caracterizando, deste modo, grau de invalidez permanente.

### 3.1 – DA NÃO EXISTÊNCIA DO IML (INSTITUTO MÉDICO LEGAL)

O município onde reside o Autor não possui estabelecimento do Instituto Médico Legal (IML), o que dificulta a realização da perícia médica para que haja a verificação da invalidez permanente por parte do requerente.

Todavia, Vossa Excelência, há julgados em que é dispensado o laudo do IML para a indenização do seguro DPVAT.

APELAÇÃO CÍVEL-AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO DPVAT-  
PRELIMINAR DE NÃO CONHECIMENTO DO RECURSO – REJEITADA –  
PROCESSO EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO – SENTENÇA NULA  
– DESNECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE LAUDO DO IML –  
INTERESSE DE AGIR PRESENTE – RECURSO PROVIDO. - **O interesse de agir consubstancia – se na necessidade do autor de obter, pela intervenção judicial, a reparação de prejuízo que reputa lhe tenha sido causado pelo réu. – O art. 5º da Lei 6.194/74 prevê a indenização referente ao seguro obrigatório será devida àquele que comprovar a ocorrência do acidente e do dano dele decorrente independente da existência de culpa do segurado, não dispondo acerca da necessidade de Laudo do Instituto Médico legal para fins de ajuizamento de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT.**

(TJ-MG – AC: 10040150055057001 MG, Relator: Juliana Campos Horta, Data de Julgamento: 22/05/2017, Câmaras Cíveis/ 12ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 02/06/2017)

Contudo, vendo Vossa Excelência a necessidade de uma perícia médica para que haja a comprovação da invalidez do Autor, que seja designado um perito da forma menos onerosa possível ao requerente, pois devido as suas condições financeiras limitadas, este se encontra impossibilitado financeiramente de deslocar-se até um município que possua um estabelecimento do IML.

### 3.2 – INAFASTABILIDADE DE APRECIÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO

Em razão de o Estado proibir a autotutela, surge em contrapartida, a necessidade



de armar o cidadão com um instrumento capaz de levar a cabo o conflito intersubjetivo em que está envolvido. Esse direito é exercido com a movimentação do Poder Judiciário, que é o órgão incumbido de prestar a tutela jurisdicional. É direito fundamental à ação. Dessa forma, o exercício da ação cria para o autor o direito à prestação jurisdicional, direito que é um reflexo do poder-dever do juiz de dar a referida prestação jurisdicional.

Pode-se, com isso, dizer que o direito fundamental à ação é a faculdade garantida constitucionalmente de deduzir uma pretensão em juízo e, em virtude dessa pretensão, receber uma resposta satisfatória (sentença de mérito) e justa, respeitando-se, no mais, os princípios constitucionais do processo (contraditório, ampla defesa, motivação dos atos decisórios, entre outros).

Sob a dicção de que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”, a Constituição da República empalmou o princípio da inafastabilidade da jurisdição, que, em síntese, de um lado, outorga ao Poder Judiciário o monopólio da jurisdição e, de outro, faculta ao indivíduo o direito de ação, ou seja, o direito de provocação daquele.

O art. 5º, XXXV, consagra o direito de invocar a atividade jurisdicional, como direito público subjetivo. Não se assegura aí apenas o direito de agir, o direito de ação. Invocar a jurisdição para a tutela de direito é também direito daquele contra quem se age contra quem se propõe a ação.

### **3.3 – DA JUSTIÇA GRATUITA**

O Autor faz jus à concessão da gratuidade de Justiça, haja vista que o mesmo não possui rendimentos suficientes para custear as despesas processuais e honorárias advocatícias em detrimento de seu sustento e de sua família.

De acordo com a dicção do artigo 4º da lei 1.060/50, basta a afirmação de que não possui condições de arcar com custas e honorários, sem prejuízo próprio e de sua família, na própria petição inicial ou em seu pedido, a qualquer momento do processo, para a concessão do benefício, pelo que nos bastamos do texto da lei, *in verbis*:

***Art. 4º A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família.***

Com amparo nos argumentos legais, de direito requer concessão do presente benefício.

## **4 – DO PEDIDO**

Nessas condições, e confiando na sensibilidade jurídica e experiência profissional que notabilizam Vossa Excelência, espera e requer o Requerente, a luz da Lei e do melhor direito, o seguinte:

a) Na forma da lei nº 1060/50, requer o autor o benefício da assistência jurídica gratuita, não podendo arcar com a custa e despesas processuais sem o prejuízo do seu sustento e de sua família em caso de eventual recurso;





b) Que seja a requerida citada para que, querendo, responder a presente peça inicial, dentro do prazo legal, contestando-a, sob pena de, não o fazendo, serem aplicados os efeitos da revelia e confissão quanto à matéria de fato que será considerada verdadeira, assim como relatada pelo autor, acompanhando-a até o final;

c) Que, ao final, seja a presente ação **julgada PROCEDENTE** para o fim de impor a condenação à requerida no importe de R\$ **13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, nos exatos termos da exordial, em face da **INVALIDEZ PERMANENTE DO SUPPLICANTE, conforme determina a Lei 6.194/74, com as respectivas alterações da Lei 11.482/07.**

d) A condenação da demandada à custa e honorários advocatícios, arbitrados nos termos do Código de Processo Civil, bem como suportar outros encargos decorrentes da sucumbência;

e) Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, não só pelos documentos acostados aos autos, como ainda por outros que poderá juntar ao processo, inclusive pelo depoimento pessoal do Autor, testemunha, representante da Requerida, e demais provas que se fizerem necessárias.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, para os efeitos legais.

Nesses termos,

Pede deferimento.

Teresina (PI), 13 de março de 2020.

**Francisco Roberto Mendes Oliveira**

**Advogado OAB/PI 7.459**

**Ernesto de Lucas Sousa Nascimento**

**Bacharelado em Direito**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** Alcival Jui da Cruz, inscrito no CPF sob o n.º  
030.640-373-96, residente e domiciliado em Francisco das Chagas - PI.

**OUTORGADOS: FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA e LÍVIA SANTOS SOARES**, advogados com o número de inscrição na OAB/PI, 7459 e 11487 respectivamente, com escritório profissional na Rua das Orquídeas, 1097, Bairro de Fátima, Teresina/PI, fone (86) 3305-0203.

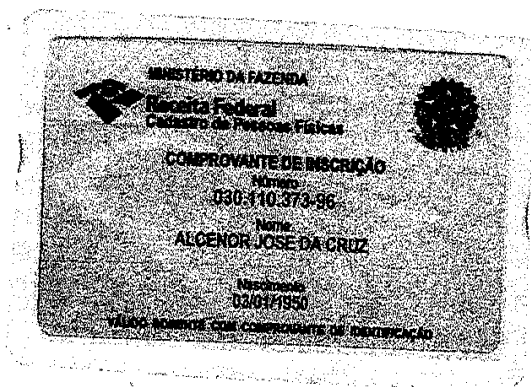
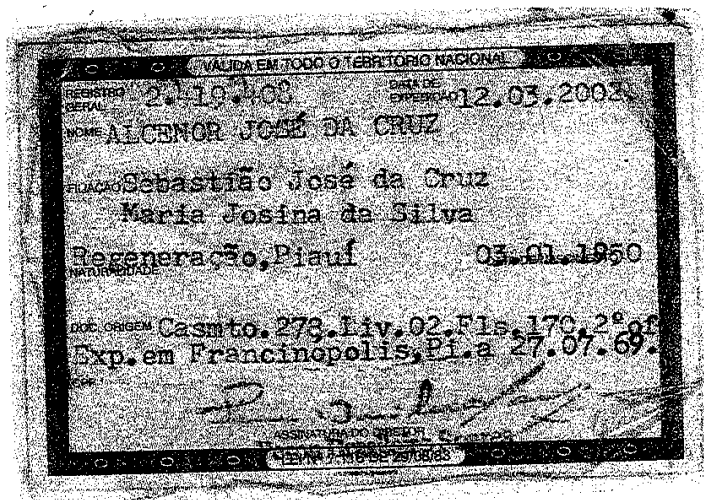
**PODERES:** para, em conjunto ou separadamente, representa-lo (s) perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-lo(s) nas contrárias, recebendo citações iniciais, confessar, reconhecer a procedência do(s) pedido(s), renunciar ao(s) direito(s) sobre seu(s) negócio(s) no que lhes dor incumbido podendo requerer, alegar, defender todo(s) o(s) outorgante(s), em que seja(m) autor(es) ou réu(s), fazendo citar, oferecer ações, libelos exceções, embargos, reconvenção(ões), suspeição ou outros quaisquer artigos, contrariar, produzir, inquirir testemunhas, assistir aos termos de inventários e partilhas assinado termo de inventariante, partilhas amigáveis, concordar com avaliações, cálculos e descrições de bens, ou impugna-los, assinar autos, requerimento, protestos, contra protestos e termos ainda os de recursos, tomar posse, vir com embargos de terceiros senhor e possuidor, fazer representações criminais e queixas-crime, bem como representá-lo em qualquer ato junto ao INSS para, enfim, tudo fazer para o fiel desempenho deste mandato, no que for interesse(s) do(s) outorgante(s) mesmo com cláusulas que não estejam expressas neste instrumento que adoto(amos) e ratifico(amos) para todos os efeitos de Direito, inclusive substabelecer e, em especial para ajuizar

Teresina (PI), 15 de Junho de 2020.



**OUTORGANTE**





**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.393-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

para contato  
ligue 1080 1080  
ou pelo NÚMERO 11

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal 021444973

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\$)  
MAIO/2019 15/05/2019 83 48,79

ALDEVAN MELO DA CRUZ  
AV ANTONIO BEZERRA 516 S/C B-URBANO  
CPF: 00092261876300  
CEP: 64.520-000 - FRANCINÓPOLIS ROT: 27.691.07.35.061700

DADOS DA LEITURA FWH DATAS DA LEITURA  
Atual: 5499 08/05/2019  
Anterior: 5416 09/04/2019  
Constante de Multiplicação: 83 Próxima Leitura: 07/06/2019  
Consumo Medido: 83 Emissão: 07/05/2019  
Consumo Faturado: 83 FCAM Apresentação: 08/05/2019  
Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: 29

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDORA  
Classe/Subclasse: Ligarão Número Medidor: Poste Código Fat. Média 12 meses  
RESID. BX. RENDA MONO A1494156 1.4.1.1 91

RECAPITULANDO kWh DEMONSTRAÇÃO DA CONTA  
Mês/ano consumo  
ABR/19 85 CONSUMO 30 A R\$ 0,287903 = 8  
MAR/19 94 53 A R\$ 0,493547 = 26  
FEV/19 90 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 32  
JAN/19 81 DIFERENÇA DE TARIFA 24  
DEZ/18 96 SUBVENCAO BAIXA RENDA  
NOV/18 92 CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00  
OUT/18 95 MULTA POR ATRASO 03/19-00  
SET/18 102 JUROS POR ATRASO 03/19-00  
AGO/18 101 ADICIONAL BANCHEIRA AMARELA 0,10  
JUL/18 86

DEBITO EM DIÁLOGO  
0 A 0,00  
31 A 86,00

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 15/05/2019, caso não seja pago o valor devido até 15/05/2019.  
04/2019 50,86  
Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Reserva ao Fisco 614F.88AA.9783.FEEE.52F6.9984.59B7.D646  
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

|               |       |                  |        |       |
|---------------|-------|------------------|--------|-------|
| Distribuição: | 14,36 | Base de Cálculo: | 68,27  | 53,25 |
| Energia:      | 27,72 | Alíquota ICMS:   | 22,00% |       |
| Transmissão:  | 4,69  | Valor do ICMS:   |        | 15,01 |
| Encargos:     | 2,29  | Valor do PIS:    | 1,40%  | 0,75  |
| Tributos:     | 19,21 | Valor do COFINS: | 6,49%  | 3,45  |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| UC   | FC        | PM    | UC   |
|------|-----------|-------|------|
| Mês  | Trimestre | Anual | Mês  |
| 7,27 | 14,53     | 29,06 | 3,68 |
| 7,35 | 14,70     | 4,14  |      |
| 0,00 | 0,00      | 0,00  |      |

NOVO ORIENTE 03/2019 15,98



Alto ver. - 5 anos de cury

Atestado

Atesto para o Sr. XXXXXXXXXX que  
o parente XXXXXXXXXX em XXXXXXXXXX  
do sistema de XXXXXXXXXX e  
Reduzido XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX  
Esta XXXXXXXXXX de XXXXXXXXXX  
com perda de 30% da XXXXXXXXXX do  
XXXXXXXXXX e XXXXXXXXXX

(Ass. M. S. + M. S.)

43/12/19

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa  
Oncologia e Traumatologia  
CRM-PI 3920

Praça Getúlio Vargas, 297 - Centro Fone (89) 3465-1201 - Valença do Piauí - PI  
e-mail: clinicaantonioabomfim@hotmail.com



Nome: ALDENOR JOSE DA CRUZ

Idade: 57 anos

Sexo: Masculino

Endereço: RUA DO SENSO DAS CÂNDIDAS BOUSA

Nº 100 - INTERLUR

Cidade: CURITIBA



**RX DO TORNOMELO ESQUERDO (02 INC.)**

**ACHADOS:**

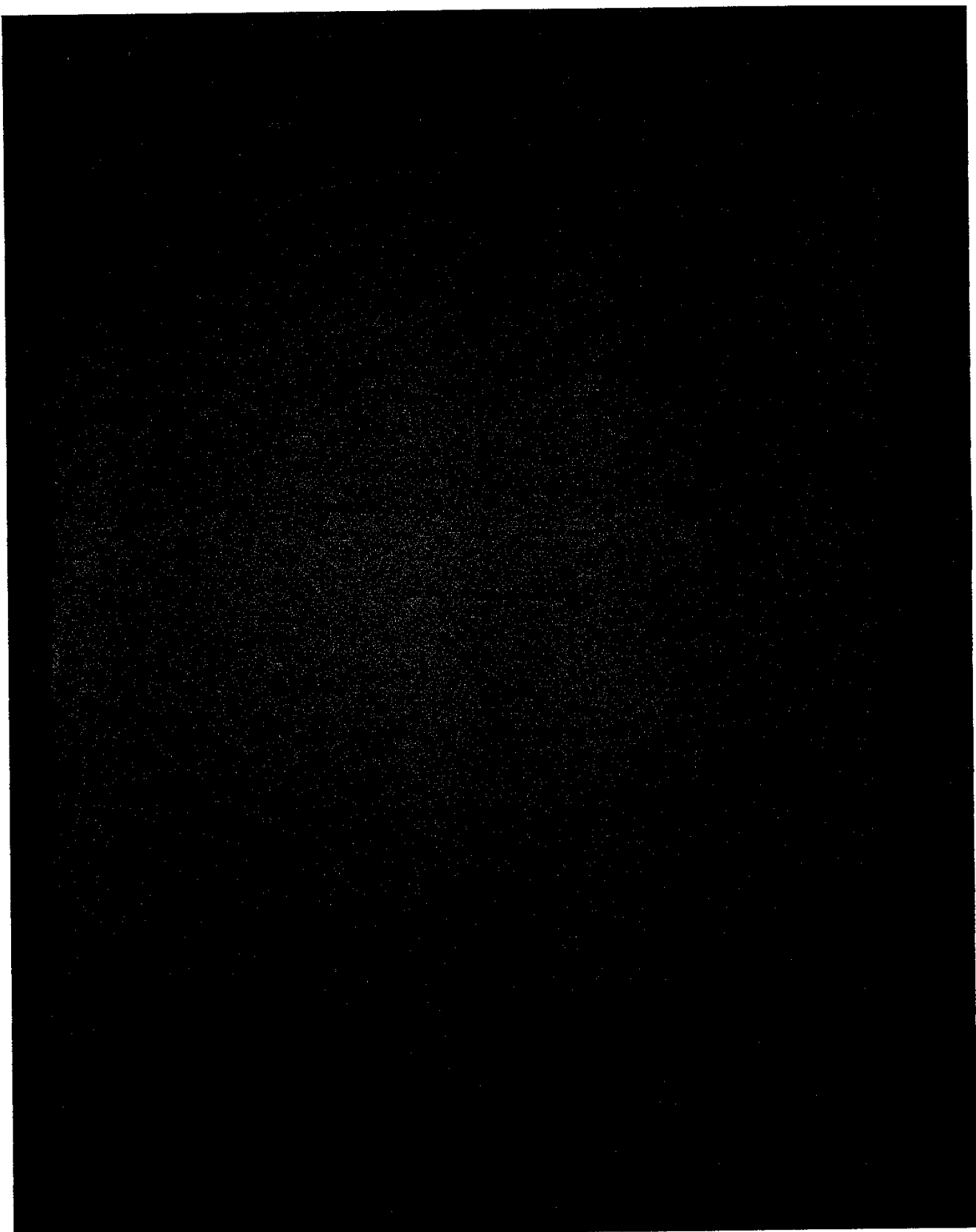
- Loções ósseas reduzidas.
- Instalar aparelho de síntese fixando fratura nos maléolos lateral e medial.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaço articular preservados.
- Placas pontuais de calcificação nas artérias ilíacas e dorsal do pé.
- Endossopatia sobressaindo a planta de calcâneo.

  
Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto  
CRM 3255

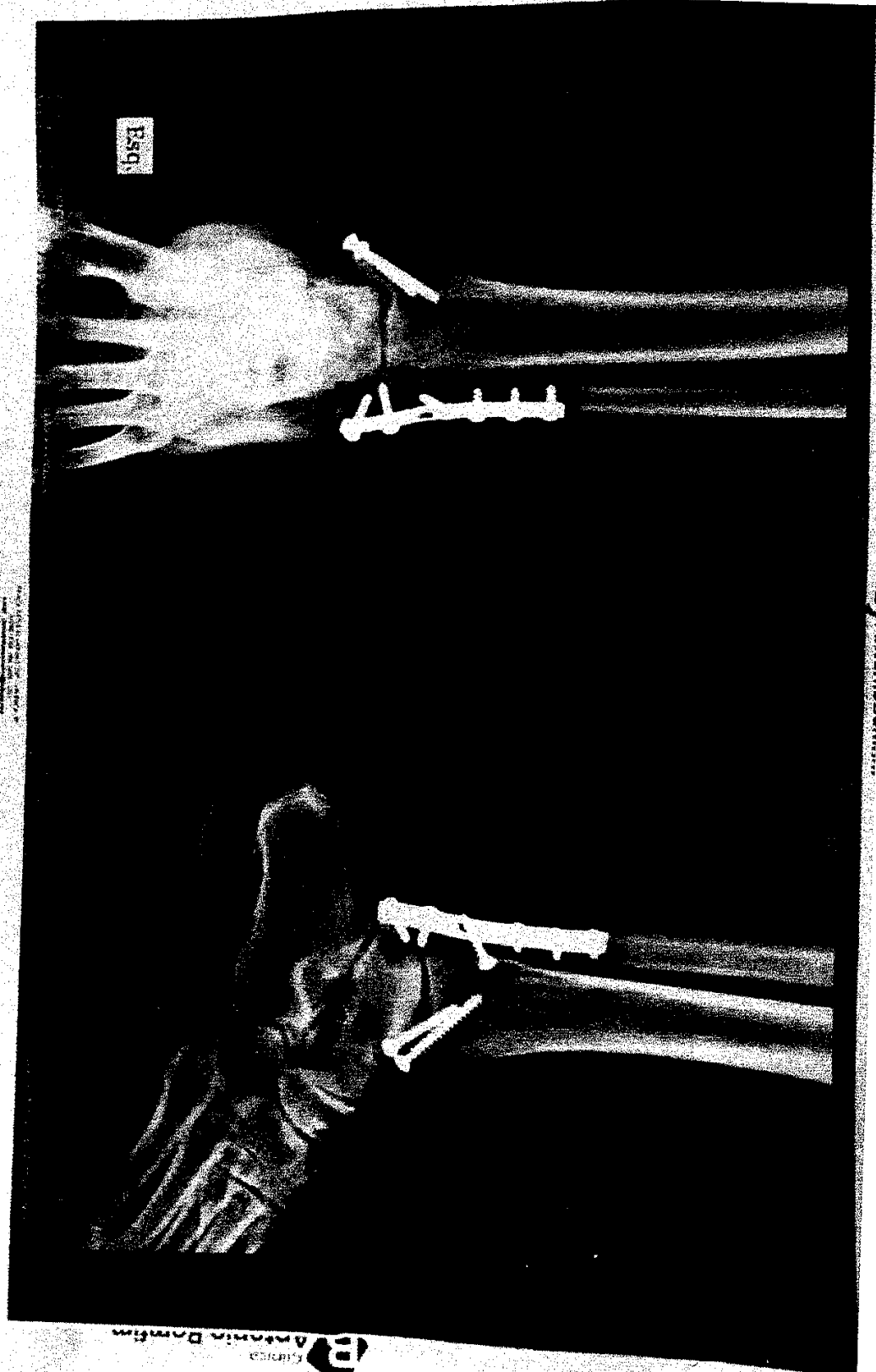
Página 1 de 1

Praca Getúlio Vargas - 207 - Fone: (41) 3405-1201 - Valência do Piau

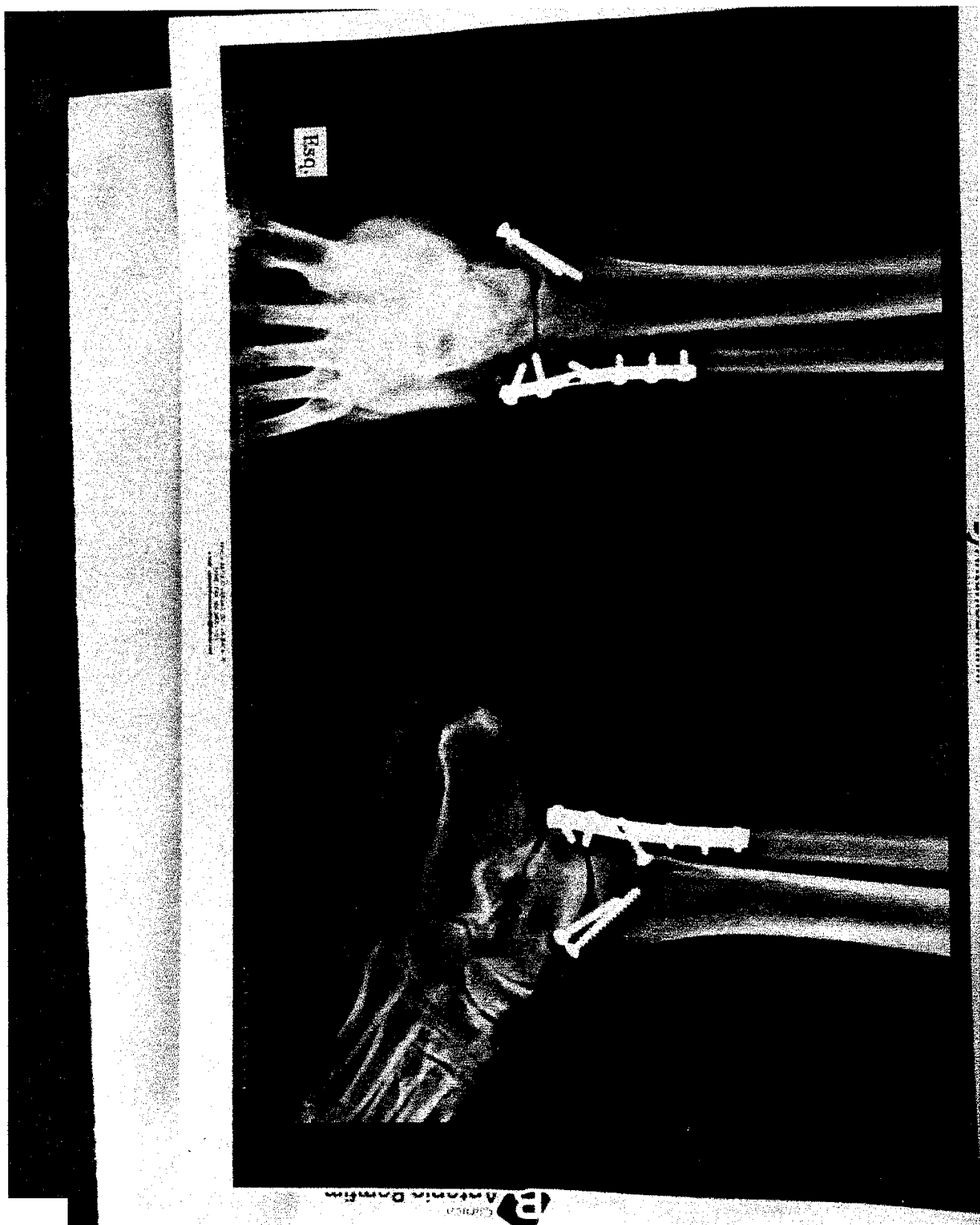


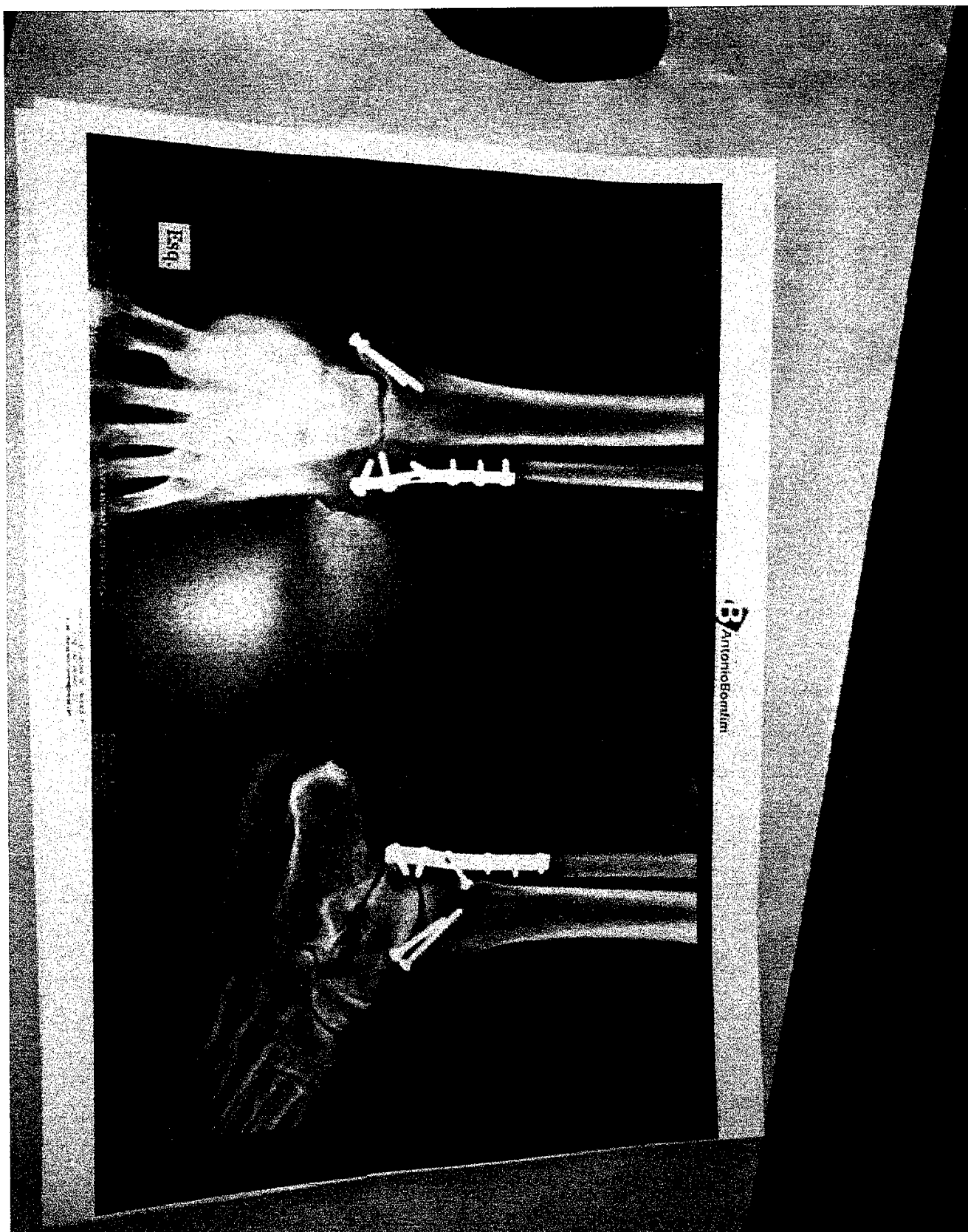














GOVERNO DO PIAUÍ  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPES  
FRANCINÓPOLIS - PI

## RECEITUÁRIO

Atestado

Atesto para os devidos fins, que o Sr. Alceon José da Cruz, de idade três anos, neste unidade de saúde onde ocorreu de acidente de trabalho onde ressaltar em placenta de parto esquerda (S82.3 + S82.4 de CID-10) sendo encaminhado ao hospital. Interno Surz (710/11) onde foi submetido a cirurgia de correção sendo comum, verbo aberto das atitudes 120 (cento e vinte) dias.

Dr. Antonio Luiz Dantas da F. 3000  
CLÍNICA MÉDICA  
CRM 15584/PI - CPF: 183.710.513-07  
CNPJ: 181.840.166.80.000-9

*Antônio Luiz Dantas da F.*





GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPES  
FRANCINÓPOLIS

DIR. DE UNID. DE CONTOLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO, E AUDITORIA-  
DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/ TRASFERENCIA  
DATA: 05/02/19 HORA: 19:30 N° DO TELEFONE: (89) 3472-1140

HOSPITAL SOLICITANTE: UMSPL  
MÉDICO: Edson Silva Filho de Nascimento CRM: 7340-Pi MUNICIPIO: Francinópolis

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetria (X) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Aluísio José da Cruz

Idade: 69 anos Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino

HDA: Paciente vítima de trauma de motocicleta em 04/01/19.  
Lesão importante de parte medial. Perda de 10% da  
medula plantar. Realiza punção lombar (L5/S1) e análise  
liquor. Em libelo. Exame. Exame de laboratório negativo

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA

- |               |                              |                          |
|---------------|------------------------------|--------------------------|
| 4- Espontânea | 5- Orientado                 | 6- Obedece a comandos    |
| 3- Comandos   | 4- Confusa                   | 5- localiza dor          |
| 2- A dor      | 3- Palavras Inapropriadas    | 4- Movimento de retirada |
| 1- Nenhuma    | 2- Palavras Incompreensíveis | 3- Flexão anormal        |
|               | 1- Nenhuma                   | 2- Extensão anormal      |
|               |                              | 1- Nenhuma               |

SINAIS VITAIS

Tax: 38 bpm P: 80 R: 20 mmHg PA: 100/80 mmHg Sat O2: 99

Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ( ) Oxigênio (X) Hidratação Venenosa SFO 97%
- ( ) Aspiração (X) Medicação Tramadol + Gabapentina
- ( ) Curativo ( ) Outros

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO Hospital: Hospital de Picos

Clínico/ Posto: Senha: 201908050127808

Dr. Edson Silva Filho de Nascimento

Assinatura e Carimbo do Médico



**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 (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P0669173

Registro: 416635

Data: 05/08/2019

Hora: 22:28:00

Funcionário: FRAN

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

**Senha 186****SUS****ALCENOR JOSE DA CRUZ**

Nasc.: 03/01/1950 Idade: 69 A, 7 M, 2 D

Profissão:

CPF: - RG: 2419408 - SUS: 708404739113860

Civil: VIUVO(A)

CEP: 64520-000

End.: ANTONIO BESERRA, 0 -

Bairro: CENTRO

Cidade: **FRANCINÓPOLIS/PI**

IBGE: 2204006 Cor: PARDA

Mãe: MARIA JOSINA DA SILVA

Pai: SEBASTIAO JOSE DA CRUZ

Telefone: (86) 9990-97546

Celular: (86) 9990-97546

Clínica: **ACOLHIMENTO**

Documento: 170029 - VIANNIKA EVIWLDA COSTA LEAL

Responsável: ALCENOR JOSE DA CRUZ - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 150x70mm 45

**Procedimentos**

05/08/2019 22:28 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

223505

☒ Sem☐ Vermelho - Emergência☒ Amarelo - Urgente☐ Verde - Pouco Urgente☐ Azul - Não Urgente**Queixa principal: DOR NA PERNA**

Vítima de trauma automobilístico há 10 dias, apresentando  
dor em M+E, com inchaço e hematoma referindo fratura em

**Exame clínico/físico:**

Nega Alegria

Dra. Viannika Eviwilda Costa Leal  
COREN-PI 170.029 ENF

**Diagnóstico provável:**

Fratura com M+E

☐ NOTIFICAR?**Medicação:**

Hospital Regional Justino Luz  
CONFÉRCIO ORIGINAL  
Data: 05/08/2019  
Assinatura: [Assinatura]

**Procedimentos/exames realizados:**

01 GPOB, 7000ml N1729

Ass. Técnico

72 Soluções R+L M+E 1 ACOATOR

21 Soluções analgésico de urgência

Fratura Moleto Medial FVZ (E)

[Assinatura]

Jose Ayres Pedreira Junior  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 3434 TEOD 41-22  
CPF: 836.850.478-3

CRM-PI 6929  
MEDICO  
Dr. Guilherme Siqueira

Responsável: ALCENOR JOSE DA CRUZ

170029 - VIANNIKA EVIWLDA COSTA LEAL





## Evolução Clínica

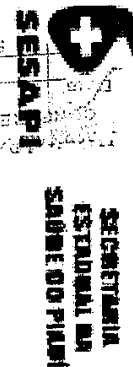
[illegible]



~~J. B. Brown~~

**JOSÉ AYRES Pedreira Junior**  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 2424 TE OF 91,97  
CRO- 226.850, 274-15





20-33

|                                                                   |                              |       |  |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------|--|
| NOME:                                                             | Alicia Pereira da Silva      |       |  |
| HD:                                                               | Fritula Múltipla Médica 7117 |       |  |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                 |                              |       |  |
| DATA                                                              | 08/08/19                     |       |  |
| 1. DIETA ORAL                                                     | DIABÉTICO, LÍQUIDA           |       |  |
| 2. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (S/N)                     |                              | 13:30 |  |
| 3. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 (S/N)                  |                              |       |  |
| 4. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06 HORAS                                 |                              | 06    |  |
| 5. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP. V.O SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG |                              |       |  |
| 6. BROMOPRIDA 10MG - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)                 |                              |       |  |
| 7. INSULINA REGULAR 800 UNIDADES HOE                              |                              |       |  |
| 8. Glicose 50% 40ml IV SE DGL < 60MG/DL E C/CLAMAR                |                              |       |  |
| 9. Glicose 50% 40ml IV SE DGL < 60MG/DL E C/CLAMAR                |                              |       |  |
| OBSERVAÇÕES                                                       |                              |       |  |
| A 11:00 Pd absoluta P1                                            |                              |       |  |
| 170, Diapneia frequente -                                         |                              |       |  |
| ta MTE, aguç. de leve -                                           |                              |       |  |
| Lucasina                                                          |                              |       |  |
| Dr. Maria da Silva                                                |                              |       |  |
| CONEP 450308                                                      |                              |       |  |
| A 13:00h PACIENTE SUV                                             |                              |       |  |
| PA: 130x90 mmHg                                                   |                              |       |  |
| T: 36,8°C                                                         |                              |       |  |
| PA: 94/66 mmHg                                                    |                              |       |  |
| PA: 150x90 mmHg                                                   |                              |       |  |
| T: 36,8°C                                                         |                              |       |  |
| PA: 94/66 mmHg                                                    |                              |       |  |
| T: 36,8°C                                                         |                              |       |  |





Identified by: Justino Lu  
CONFIDENTIAL ORIGINAL  
Date: 1/1/70

## OBSERVAÇÕES

05 03:40h. Juchipolco curaturo  
mo vive. Te frudipona 4721444.  
in 14:00h. Juchipolco PA 150X90mm  
No. TE frudipona cobdu 4721444  
Ad. 22. Juchipolco 9/4 150X90mm



SECRETARIA  
ESTADUAL DE  
SAÚDE DO PIAUÍ



|                                                                                              |                         |       |                  |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------|------------------|---------|
| NOME: <i>Alcides Pereira de Araújo</i>                                                       | ALA: <i>300</i>         | APTO: | LEITO: <i>93</i> | R. MET. |
| HD: <i>Fuel 747</i>                                                                          | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |       |                  |         |
| DATA: 09/08/19                                                                               | HORÁRIO DE MEDICAÇÃO    |       | OBSERVAÇÕES      |         |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                            |                         |       |                  |         |
| 1. DIETA LIVRE                                                                               |                         |       |                  |         |
| 2. JELCO SALINIZADO                                                                          |                         |       |                  |         |
| 3. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 6H                                                                  |                         |       |                  |         |
| 4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6H, SN                                                             |                         |       |                  |         |
| 5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS                                               |                         |       |                  |         |
| 6. CAPTOPRIL 25 MG-01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAD> 110 MMHG                   |                         |       |                  |         |
| 7. ONDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS                                                             |                         |       |                  |         |
| 8. TILATIL 20 MG+ AD, EV, 12/12 H                                                            |                         |       |                  |         |
| 9. SSVV+ CCGG                                                                                |                         |       |                  |         |
| <i>Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA - 13/03/2020 11:16:33</i> |                         |       |                  |         |



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



|                                                |                         |                |       |         |
|------------------------------------------------|-------------------------|----------------|-------|---------|
| NOME: <u>Alcemi Tavares da Cruz</u>            | ALA <u>20</u>           | APTO <u>03</u> | LEITO | R. MET. |
| HD: <u>102</u>                                 | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |                |       |         |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                              |                         | OBSERVAÇÕES    |       |         |
| DATA: <u>08/08/19</u>                          |                         |                |       |         |
| 1. DIETA GERAL                                 |                         |                |       |         |
| 2. Scalp Salinizado                            |                         |                |       |         |
| 3. RANITIDINA 25 MG/ML - 01 AMP + AD, IV, 8/8h |                         |                |       |         |
| 4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6 h SOS              |                         |                |       |         |
| 5. TILATIL 20 MG EV 12/12 h                    |                         |                |       |         |
| 6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS |                         |                |       |         |
| 7. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA          |                         |                |       |         |
| 8.                                             |                         |                |       |         |
| 9.                                             |                         |                |       |         |
| 10.                                            |                         |                |       |         |
| 11.                                            |                         |                |       |         |
| 8.                                             |                         |                |       |         |
| 9.                                             |                         |                |       |         |
| 10.                                            |                         |                |       |         |
| 11.                                            |                         |                |       |         |
| 8.                                             |                         |                |       |         |
| 9.                                             |                         |                |       |         |
| 10.                                            |                         |                |       |         |

*Dr. Carlos Antônio Benício*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-Pi-5274 / CRM-MA-9618

Hospital Regional Juscelino Kubitschek  
COMPRE O ORIGINAL

Em 08/08/2019, às 14h30, fui encontrada com  
cefaleia, tontura, náusea e vômito.  
Fui encaminhada para o pronto-socorro  
do Hospital Regional Juscelino Kubitschek  
e fui atendida pelo Dr. Carlos Antônio Benício.  
Fui medicada com Tramadol 100mg + SF 0,9%  
e Dipirona 1g + AD EV 6/6h SOS.

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

|                                                                          |                                      |                                                                                         |                       |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                         |                                      | <b>2 - CNES</b>                                                                         |                       |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ |                                      | 4009622                                                                                 |                       |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ  |                                      | 4 - CNES<br>4009622                                                                     |                       |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                         |                                      | <b>6 - Nº DO PRONTUÁRIO</b>                                                             |                       |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br>ALCENOR JOSE DA CRUZ                             |                                      | 416635                                                                                  |                       |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)<br>705404739113860                    | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br>03/01/1950 | 9 - SEXO<br>Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2 |                       |
| 10 - NOME DA MÃE<br>MARIA JOSINA DA SILVA                                |                                      | 11 - TELEFONE DE CONTATO<br>(86) 9990-97546                                             |                       |
| 12 - ENDEREÇO<br>ANTONIO BESERRA, 0 - CENTRO                             |                                      |                                                                                         |                       |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br>FRANCINÓPOLIS                            | 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO<br>2204006  | 15 - UF<br>PI                                                                           | 16 - CEP<br>64520-000 |

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
*Exame clínico de membro superior direito, apresentando corte em pontilhado por intimação, fratura fechada Tampa (F).*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO  
*necessita cirurgia*

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

|                                                      |                                    |                     |                    |
|------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------|--------------------|
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>Fratura Tampa (F)</i> | 21 - CID PRINCIPAL<br><i>S82.6</i> | 22 - CID SECUNDÁRIO | 23 - CAUSAS ASSOC. |
|------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------|--------------------|

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

|                                                                   |                                              |                                                  |                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Osteossíntese</i> |                                              | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO<br><i>0408050578</i> |                                                                        |
| 26 - CLÍNICA<br><i>Orto</i>                                       | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br><i>Urgente</i> | 28 - DOCUMENTO<br>( ) CNS (x) CPF                | 29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br><i>0364550.474.63</i> |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br><i>José Carlos S.</i>    |                                              | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br><i>06.08.19</i>      | 32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)<br><i>CRM 3424 TEOTY 11.07</i>         |

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

|                                                                                                                              |                         |                    |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------|------------|
| 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                                | 36 - CNPJ DA SEGURADORA | 37 - Nº DO BILHETE | 38 - SÉRIE |
| 34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO                                                                                               | 39 - CNPJ EMPRESA       | 40 - CNAE EMPRESA  | 41 - CBOR  |
| 35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO                                                                                              |                         |                    |            |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO |                         |                    |            |

**AUTORIZAÇÃO**

|                                       |                                                  |                                       |                                     |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |                                                  | 44 - Cód. ORGÃO EMISSOR<br>M220800001 | 49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP. |
| 45 - CODUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF     | 46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR    |                                       |                                     |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO              | 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |                                       |                                     |

**Dr. Osvaldo Alves Costa**  
 Médico Auditor SMS - Pícas  
 Cartão SUS 100.590.547.830.000  
 CPF: 011.541.413/49/CRM-PI 314

**Assinatura paciente/Responsável**

*Ima A. Silva*



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

**RELATÓRIO CIRÚRGICO**

|                        |          |            |       |
|------------------------|----------|------------|-------|
| NOME DO PACIENTE       | SEXO     | APT°       | LEITO |
| Walter Soares da Silva | M        |            |       |
| PRONTUÁRIO             | CONVÊNIO | DATA       | HORA  |
| 436 635                | SUS      | 12.08.2019 |       |

**DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO**

FRACTURA TORÇÃO (S)

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

DATA 12.08.19 INÍCIO DA CIRURGIA FIM DA CIRURGIA

CIRURGIA PROPOSTA CIRURGIA REALIZADA

Osteotomia

TIPO DE CIRURGIA: ELETIVA ☐ REINTERNAÇÃO

☐ LIMPA ☒ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

**DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO**

1. Paciente sob anest.
2. Dor
3. Exame: dor, inchaço
4. Incisão de 10cm
5. Redução e fixação placa 1/3 tubo f.l.
6. Redução do tendão do músculo peroneo
7. Lavar e fechar
8. Sutura

**INTERCORRÊNCIAS**

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 |



08-08-19

NOME: ALCENOR JOSE DA CRUZ

HD: FX TNZ

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA: 11/08/2019

1. DIETA LIVRE
2. JEICO SALINIZADO
3. DIPIRONA 1 G + AD, IV 6/6 HORAS S/N
- 4- CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/8 H SE PAS MAIOR 180 MMHG E/OU PAD MAIOR 100 MMHG
- 5-TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML EV 8/8 HORAS S/N
- 6-TILATIL 40MG +AD EV DE 12/12H S/N
- 7-ONDANSETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N
- 8- OMEPRAZOL 40MG, VO, PELA MANHA
- 9.SSVV+CCGG

ALAC 20

APTO 93

LEITO

R. MET.

**RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

**HORÁRIO DE MEDICAÇÃO**

11-08-19

**OBSERVAÇÕES**

Hospital Regional Justino Iba  
CONTADOR OCUPACIONAL

At 08:00h paciente em  
estado de consciência  
alterado devido a  
efeito da medicação  
de analgesia. A  
partir das 10h a  
medicação foi  
ajustada para 1400mg  
de tramadol a cada  
8h. O paciente  
está em boas  
condições  
clínicas e  
hemodinâmicas.  
Não há  
sinais de  
efeitos  
adversos.  
O paciente  
está em  
boas  
condições  
clínicas e  
hemodinâmicas.  
Não há  
sinais de  
efeitos  
adversos.

Rx de tramadol 100mg 8/8h

Rx de tramadol 100mg 8/8h

Rx de tramadol 100mg 8/8h

10/08/2019 11:16:33

10/08/2019 11:16:33







NOME: *Almeida José da Costa*  
 HD: *FX TB*  
 DATA: 13 / 08 / 2019  
 PRESCRIÇÃO MÉDICA

| ALA C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | APTO | LEITO                                                                                                                                                                                                                                              | R. MET. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 23   |                                                                                                                                                                                                                                                    |         |
| RELATÓRIO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      | OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                        |         |
| 1. DIETA LIVRE<br>2. JELCO SALINIZADO<br>3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG<br>4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h S/N<br>5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N<br>6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N<br>7. TIL ATIL 40MG + AD EV 12/12H<br>8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA<br>9. SSVV + CCGG<br>10 - JND 1000mg 12/12h<br>11 - Ceftriaxona 1g IV 12/12h |      | <i>Na 09:00 h a paciente encontra-se hemodinamicamente estável, com sinais vitais dentro da normalidade, com boa evolução clínica. Paciente em boas condições, com boa evolução clínica. Paciente em boas condições, com boa evolução clínica.</i> |         |

14/08/19  
*Atte Hospital*

Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA - 13/03/2020 11:16:33  
 http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003131116324900000008426338  
 Número do documento: 2003131116324900000008426338

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

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA**

Usuário: Ademir José da Cruz Prontuário: \_\_\_\_\_  
D.N.: 03 / 03 / 1950 Sexo: (M) F: \_\_\_\_\_  
Procedimento Cirúrgico: Interação fratura tornozelo Data Cirúrgica: 12 / 08 / 2019

| Antes da indução anestésica                                                                                                                                                                            | Antes da incisão cirúrgica                                                                                                                                                                                                 | Antes da saída do paciente da sala cirúrgica                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)                                                                                                                      | (Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)                                                                                                                                                    | (Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)                                                                                                  |
| O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento a seu consentimento?<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função                                                                                                        | Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:                                                                                                                    |
| O local está demarcado?<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não aplicável                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão                                                                                                            | <input type="checkbox"/> O nome do procedimento                                                                                                                          |
| Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim                                                                                | A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <u>Hospital Regional Justino Luz</u><br><input type="checkbox"/> Não aplicável                             | <input type="checkbox"/> A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas                                                                                   |
| O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim                                                                                                | Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:<br><input type="checkbox"/> Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?<br><input type="checkbox"/> Qual quantidade de perda de sangue prevista? | <input type="checkbox"/> A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)                                     |
| O paciente possui:<br>Alergia conhecida?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                    | Para o anestesiológico:<br><input type="checkbox"/> Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos                                                                                |
| Via aérea difícil ou risco de aspiração<br><input checked="" type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Sim, equipamentos/assistência disponíveis                                               | Para equipe de enfermagem:<br><input type="checkbox"/> Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?<br><input type="checkbox"/> Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos? | Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:<br><input type="checkbox"/> Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente? |
| Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)?<br><input checked="" type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos | Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não aplicável                                                                                               |                                                                                                                                                                          |

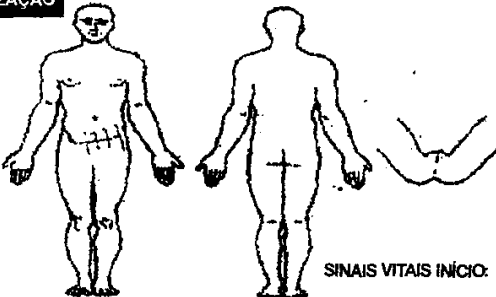
assinatura-COREN



## REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

|                                                                   |                                   |                                     |                      |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| CIRCULANTE <u>Angela Oliveira</u>                                 |                                   | SALA Nº <u>04</u>                   |                      |
| ENTRADA NA SO <u>17:30</u>                                        | INÍCIO DA ANESTESIA: <u>17:45</u> | INÍCIO DA CIRURGIA <u>17:50</u>     |                      |
| SAÍDA DA SO _____                                                 | TÉRMINO DA ANESTESIA _____        | TÉRMINO DA CIRURGIA _____           |                      |
| CIRURGIA PROPOSTA: <u>Fratura tornozelo esquerdo</u>              |                                   |                                     |                      |
| CIRURGIA REALIZADA <u>Intervenções fratura tornozelo esquerdo</u> |                                   |                                     |                      |
| CIRURGIÃO <u>Dr. Ayres Júnior</u>                                 |                                   | ANESTESIOLOGISTA <u>Dr. Geraldo</u> | INSTRUMENTADOR _____ |
| ASSISTENTES: 1º _____ CRM _____                                   |                                   | 2º _____ CRM _____                  |                      |

|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MONITORIZAÇÃO</b><br>                                 | <b>SÍMBOLOS</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> PLACA DE BISTURI ELÉTRICO</li> <li><input type="checkbox"/> ELÉTRODOS</li> <li><input type="checkbox"/> INCISÃO CIRÚRGICA</li> <li><input type="checkbox"/> OXIMETRIA DE PULSO</li> <li><input type="checkbox"/> PANI</li> </ul> |
| SINAIS VITAIS INÍCIO: PA <u>146x85</u> SATO <u>95%</u> FC <u>76</u><br>SINAIS VITAIS TÉRMINO PA <u>163x77</u> SATO <u>96%</u> FC <u>69</u> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>TIPO DE ANESTESIA</b><br><input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO<br><input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR<br><input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2<br><input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL |  | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX<br><input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20<br><input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR<br><input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+1)<br><input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA |  | <input type="checkbox"/> GERAL VENOSA<br><input type="checkbox"/> LOCAL<br><input type="checkbox"/> PERIDURAL<br><input type="checkbox"/> SEDAÇÃO<br><input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL<br><input type="checkbox"/> TÓPICA |  | <input type="checkbox"/> GERAL<br><input checked="" type="checkbox"/> <u>Raque</u><br><input type="checkbox"/> COM CATETER<br><input type="checkbox"/> SEM CATETER |  |
| <input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____                                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> COM CUFF COM OXIGÊNIO<br><input type="checkbox"/> SEM CUFF                                                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____                                                                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> OUTRAS _____                                                                                                                              |  |

|                                                                                                                   |  |  |  |                                                                              |  |                                                                                       |  |                                                                          |  |                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <b>POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> DORSAL<br><input type="checkbox"/> VENTRAL |  |  |  | <input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA<br><input type="checkbox"/> LITOTÔMICA |  | <input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO<br><input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO |  | <input type="checkbox"/> SENTADA<br><input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER |  | <input type="checkbox"/> TREDEMBURG |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|

|                                                                 |  |  |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                    |  |  |  |                                                 |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>PREPARO DA PELE</b><br>DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR: |  |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE<br><input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO<br><input checked="" type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA |  |  |  | <input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA<br><input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO<br><input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM |  |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> PVPI TÓPICO |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------|--|--|--|

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

|                                                 |  |                                                                                 |  |                                                                           |  |                                               |  |                                       |  |                                         |  |
|-------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> SONDA URETRAL Nº _____ |  | <input type="checkbox"/> COLETDOR<br><input type="checkbox"/> LANCETA _____ UND |  | <input type="checkbox"/> UROSTOP<br><input type="checkbox"/> SNG Nº _____ |  | <input type="checkbox"/> AP BARBEAR _____ UND |  | <input type="checkbox"/> SNG Nº _____ |  | <input type="checkbox"/> JELCO Nº _____ |  |
| <input type="checkbox"/> SONDA FOLEY Nº _____   |  | <input type="checkbox"/> Sonda de Aspiração Nº _____                            |  |                                                                           |  |                                               |  |                                       |  |                                         |  |

|                                                                                        |  |                                    |  |                                                        |  |                                      |  |                                        |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|----------------------------------------|--|--|--|
| <b>GARROTEAMENTO</b><br>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 _____                      |  |                                                        |  |                                      |  |                                        |  |  |  |

|                                                                             |  |  |  |                              |  |  |  |                                                   |  |  |  |                                        |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------------------|--|--|--|---------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------|--|--|--|
| <b>SERVIÇOS SOLICITADOS</b><br><input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA |  |  |  | <input type="checkbox"/> RX  |  |  |  | <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM |  |  |  | <input type="checkbox"/> OUTROS _____  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> NÃO                                                |  |  |  | <input type="checkbox"/> SIM |  |  |  | LOCAL _____ Nº DE FRASCOS _____                   |  |  |  | <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA |  |  |  |



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

## FICHA DE SALA

|                                                               |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
|---------------------------------------------------------------|--------------|------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|
| NOME DO PACIENTE<br><i>Alcener José da Cruz</i>               |              |      |       | DATA<br><i>12/08/2019</i>                                                                                                                                                                                                | PRONTUÁRIO               | LEITO   |
| PROCEDIMENTO <i>Interessintese plástica temorelo esquerda</i> |              |      |       | SALA 04                                                                                                                                                                                                                  |                          |         |
| MATERIAL DE CONSUMO                                           | QUANT.       | UND. | TOTAL | APARELHAGEM                                                                                                                                                                                                              |                          |         |
| SERINGA 1 ML 3 ML                                             |              |      |       | ARCO CIRÚRGICO                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |         |
| SERINGA 5 ML/10 ML                                            | <i>1/02</i>  |      |       | BOMBA DE INFUSÃO                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> |         |
| SERINGA 20 ML                                                 |              |      |       | ASPIRADOR                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |         |
| KIT ACESSO CENTRAL                                            |              |      |       | AUTOCLAVE                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |         |
| SONDA DE ASPIRAÇÃO                                            |              |      |       | INSTRUMENTAL CIRÚRGICO                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> |         |
| AGULHA 40X12                                                  | <i>02</i>    |      |       | ULTRASSON                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |         |
| ALGODÃO                                                       |              |      |       | STIMUPLEX                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |         |
| ÁGUA DESTILADA                                                | <i>02</i>    |      |       | USO DA SALA                                                                                                                                                                                                              |                          |         |
| VPI <i>Ag / rep</i>                                           | <i>200ml</i> |      |       | INÍCIO                                                                                                                                                                                                                   | TÉRMINO                  | DURAÇÃO |
| SONDA VESICAL                                                 |              |      |       | OPERAÇÃO                                                                                                                                                                                                                 |                          |         |
| COLETOR DE URINA                                              |              |      |       | CIRURGIÃO                                                                                                                                                                                                                |                          |         |
| ESCOVA COM DEGERMANTE                                         | <i>03</i>    |      |       | AUXILIAR                                                                                                                                                                                                                 |                          |         |
| ATADURA COM CREPOM <i>15cm</i>                                | <i>02</i>    |      |       | ANESTESISTA                                                                                                                                                                                                              |                          |         |
| ATADURA GESSADA                                               |              |      |       | TIPO DE ANESTESIA                                                                                                                                                                                                        |                          |         |
| ATROPINA                                                      |              |      |       | INSTRUMENTADOR                                                                                                                                                                                                           |                          |         |
| KETALAR                                                       |              |      |       | OCORRÊNCIAS                                                                                                                                                                                                              |                          |         |
| DIMORF                                                        | <i>01</i>    |      |       | <p>Operação realizada no Hospital Regional Justino Luz<br/>O ORIGINAL<br/>Foi entregue para o paciente</p> <p><i>Dr. Ayres de Almeida</i><br/>Ortopedia Traumatologia<br/>CRM 22411 - FIC 74157<br/>RQE - 258.474.85</p> |                          |         |
| NEOCAÍNA PESADA <i>amp</i>                                    | <i>01</i>    |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| LIDOCAÍNA <i>amp</i>                                          | <i>01</i>    |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| PROFANOL                                                      |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| MIDAZOLAN                                                     |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| DIAZEPAN                                                      |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| TIOPENTAL                                                     |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| EFORTIL                                                       |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| DIPIRONA                                                      |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| CEFAZOLINA <i>ig</i>                                          | <i>02</i>    |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| FENTANIL                                                      |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| FLUMAZENIL                                                    |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| PLASIL                                                        |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| VITAMINA K                                                    |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| VITAMINA A                                                    |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| OCITOCINA                                                     |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| METHERGIN                                                     |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| CAT-GUT SIMPLES                                               |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| CAT-GUT-CROMADO                                               |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| FIO DE ALGODÃO                                                |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| NYLON n° <i>30</i>                                            | <i>02</i>    |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| VYCRIL n° <i>10</i>                                           | <i>01</i>    |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| PROLENE                                                       |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| CLAMP UMBILICAL                                               |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| PULSEIRA RN                                                   |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| GAZE <i>ref c/und</i>                                         | <i>04</i>    |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| ESPARADRAPO <i>cm</i>                                         | <i>20</i>    |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| LÂMINA DE BISTURI                                             |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| LUVA ESTÉRIL n° <i>8.0/7.5</i>                                | <i>04/01</i> |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| LUVA DE PROCEDIMENTO <i>parceira</i>                          | <i>03</i>    |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% <i>500ml</i>                            | <i>04</i>    |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| SORO GLICOSADO 5%                                             |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| MANITOL                                                       |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| RINGER LACTADO                                                |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| JELCO                                                         |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| TUBO OROTRAQUEAL                                              |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| AGULHA STIMUPLEX                                              |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| AQUIPO                                                        |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| AGULHA DE RAQUE                                               | <i>01</i>    |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |
| TIPOXICAM                                                     |              |      |       |                                                                                                                                                                                                                          |                          |         |

MÉDICO: *Dr. Ayres Jr.*  
ENFERMEIRA(O):  
TÉC. ENFER.: *Guilherme / 5.11.100*



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 |                  |                                      | <i>Neocaine 100mg</i><br><i>Neu</i><br><i>Amox 1000</i><br><i>Cefclotix 2g</i> |
| LÍQUIDOS                      |                 | SO. UTO      |                |                  |                                      |                                                                                |
| TEMPERATURA T                 |                 | Cº           | SEQUÊNCIA      |                  |                                      | 1                                                                              |
| P. ARTERIAL V O PULSO         |                 | 38           |                |                  |                                      | 2                                                                              |
| INICIO E FIM ANESTESIA X      |                 |              |                |                  |                                      | 3                                                                              |
| INICIO E FIM OPERAÇÃO         |                 |              |                |                  |                                      | 4                                                                              |
| RESPIRAÇÃO O                  |                 |              |                |                  |                                      | 5                                                                              |
|                               |                 |              |                |                  |                                      | 6                                                                              |
|                               |                 |              |                |                  |                                      | 7                                                                              |
|                               |                 |              |                |                  |                                      | 8                                                                              |
|                               |                 |              |                |                  |                                      | 9                                                                              |
|                               |                 |              |                |                  |                                      | 10                                                                             |
|                               |                 |              |                |                  |                                      | 11                                                                             |
|                               |                 |              |                |                  |                                      | 12                                                                             |
|                               |                 |              |                |                  |                                      | 13                                                                             |
|                               |                 |              |                |                  |                                      | 14                                                                             |
|                               |                 |              |                |                  |                                      | 15                                                                             |
| SÍMBOLOS                      |                 |              |                |                  | DURAÇÃO                              |                                                                                |
| TÉCNICAS                      |                 |              |                |                  | INCIDENTE / ACIDENTE                 |                                                                                |
| OPERAÇÕES                     |                 |              |                |                  |                                      |                                                                                |
| CIRURGIÕES                    |                 |              |                |                  |                                      |                                                                                |
| ANESTESISTAS                  |                 |              |                |                  |                                      |                                                                                |
| PARTICULARIDADES              |                 |              |                |                  | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS: |                                                                                |



**PROTEPI - PRODUTOS TECNOLÓGICOS DO PIAUÍ LTDA.**  
 CNPJ: 12.563.959/0001-14 • INSC. ESTADUAL: 19.479.154-8  
 Av. Frei Serafim, 1898, Salas 01 e 03, Centro • CEP: 64.000-020 • Teresina - PI  
 Fone: (86) 98884-6757 • Fone/FAX: (86) 3217-3490  
[protepi@protepi.com](mailto:protepi@protepi.com) / [protepicitacao@gmail.com](mailto:protepicitacao@gmail.com)

Nome do Hospital: Hospital Regional Jussara Luz

CNPJ:

Assinatura:

Cargo:

Nome:

| Código ROPM Nº                                                                                           | DESCRIÇÃO DO MATERIAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1 Placa de P. GF                                                                                         | cx 3.5                |
| 3 P. contínuo nº 12                                                                                      |                       |
| 2 P. contínuo nº 18                                                                                      |                       |
| 1 - " - " - nº 20                                                                                        |                       |
| <p> <i>Impulsa Regional, Inc.</i><br/> CONFERE COM O ORIGINAL<br/> Data _____<br/> Assinatura _____ </p> |                       |

Comunicação ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material(is) aqui discriminados do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 12 / 08 / 19

DATA DA ALTA: 10 /

PACIENTE-Nome: Almeida José da Cruz

Nº A/H:

Nº do Prontuário:

Data da Internação: 05/08/19

Procedimento Médico Realizado: Interação física natural tomazelo esquisito

Indicador de Compatibilidade:

Jose Ayala Pacheco Jimenez  
Otorrinolaringologo  
CRM 3424 TE-OF 4, OF  
C/01 200.656.6744



Nome: ALCENOR JOSE DA CRUZ  
Idade: 69a 8m 12d  
Data: 16/09/2019  
Solicitante: .  
Convênio: PARTICULAR  
Código: 61793



## RX DO PÉ ESQUERDO (02 INC.)

### RELATÓRIO

- Textura óssea reduzida.
- Material metálico de síntese fixando fratura nos maléolos lateral e medial.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Placas parietais de calcificação nas artérias tibiais e dorsal do pé.
- Entesopatia aquileana e plantar de calcâneo.

Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto  
CRM 3255





ALCEJOR JOSE DA CRUZ  
Sexo: Masculino  
Idade: 59 Anos

Data de exame: 13/3/2020  
Hora de exame: 11:15:16

ALCEJOR JOSE DA CRUZ  
Sexo: M - 59 Anos  
Idade: 59 Anos

Data de exame: 13/3/2020  
Hora de exame: 11:15:16

**B** CLINICA  
Antonio Bomfim

Esq.

Exame NÃO ESPECIFICADO  
Indice de exp: 3006  
Med. Solic.

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA - PI

Exame NÃO ESPECIFICADO  
Indice de exp: 3006  
Med. Solic.

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA - PI

PRACA GETULIO VARELA, 29 - VALENÇA - PI  
FONE / FAX: (86) 346-1201  
e-mail: [clabomfim@bol.com.br](mailto:clabomfim@bol.com.br)

Exame: NÃO ESPECIFICADO  
Índice de exp: 2964  
Med. Solic.

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA - PI

PRAÇA GETÚLIO VARGAS, 297 - VALENÇA - PI  
FONE / FAX: (89) 3465 - 1201  
e-mail: clinicaantonioBomfim@hotmail.com

Esq.



ALCENOR JOSE DA CRUZ  
Sexo Masculino  
Idade: 69 Anos

Data de aquis.: 16/9/2019  
Hora de aquis.: 11:36:22

**B** AntonioBomfim  
Tecnologia a Serviço da Vida



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA - 13/03/2020 11:16:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311163249000000008426338>  
Número do documento: 20031311163249000000008426338



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

1340 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000061/2019-62

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aecio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 03/10/2019 - 11:20

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE FRANCINÓPOLIS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FRANCINÓPOLIS

Endereço

ZONA URBANA DE FRANCINÓPOLIS, Nº:

Complemento

CHAPADA DO BREJO

Data/Hora

04/08/2019 - 18:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALCENOR JOSÉ DA CRUZ

RG: 2419408 SSP PI

Mãe: MARIA JOSINA DA SILVA

Pai: SEBASTIÃO JOSÉ DA CRUZ

Endereço: RUA LOURIVAL MOREIRA, Nº S/N

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: FRANCINÓPOLIS

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 POP110I

Ano: Placa: Chassi:

2016 PIQ0721

Renavam: Cor:

01076886512 Preta

Condutor: ALCENOR JOSÉ DA CRUZ

Cidade: FRANCINÓPOLIS UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

No início da noite de 04 de agosto de 2019, o noticiante acabara de subir em sua moto, acima qualificada, na intenção de sair quando foi surpreendido por um outro motociclista que havia perdido o controle do veículo, saiu da pista e veio a colidir justamente com o noticiante, que caiu no chão e desmaiou. O noticiante foi levado, a princípio para a Unidade Mista de Saúde Pedro Lopes, em Francinópolis, para os primeiros socorros. Ele ainda esperou sair a regulação para ser transferido no dia seguinte (05/08/2019) para o Hospital Regional Justino Luz, em Picos-PI, onde foi internado para a realização de exames de Raio-X e procedimentos cirúrgicos em sua perna esquerda. Era o que tinha a informar.

Aecio Antonio Coimbra De Castro - Mat.  
AGENTE DE POL.

ALCENOR JOSÉ DA CRUZ - Noticiante  
Responsável pela Informação

Lucy Kelio Leal Parafina  
Delegada Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES**

**DETRAN - PI**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
Nº **011547936228**  
000028916

2407  
0110  
1226  
d803  
0324  
9401  
b904  
c07d  
8602  
2116

VIA: **1** **01076886512** **2016**

**CARLENEIRA DA SILVA**

\*\*\*\*\*

**03090423308** **PIQ-0721**

**9C2JB0100GR022167**

**PAS/MOTOCICLO/MOTONETA** **ESPONDA**

**HONDA/POP 110I** **2015** **2016**

**02E/010GCC** **PARTIC** **PREDA**

**000000000** **3º PAGO**

**PREMIO TARIFFARIO (R\$)** **DEFEITO** **PREMIO TOTAL (R\$)** **VALOR PAGAMENTO**

**SEGURO** **PAGO**

**PT: 000.24**  
**ALIANÇA FIDUCIARIA**  
**ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L**

**FRANCINOPOLIS** **24/02/2016**

**VALOR**

**SEGUNDO CERTIFICADO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS**  
**AUTOMOTORES DE VULTE PRESTE OU POR SUAS CARGAS APRESSORES**  
**TRANSITORES QUANTO SEGURO DPVAT**

**PI Nº 011547936228** **BILHETE DE SEGURO DPVAT**  
**03090423308** **PIQ-0721** **2016**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT**  
**FABRICAÇÃO, INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO**  
**AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
**WWW.SPVAISEGURADOTRANSITO.COM.BR**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

**2016** **24/02/2016**

**03090423308** **PIQ-0721**

**HONDA/POP 110I**

**9C2JB0100GR022167**

**PREMIO TARIFFARIO**

**000,00** **000,00** **000,00**

**000,00** **000,00** **000,00**

**00/00/0000**

**SEGURO DPVAT**

**450-2014**