

WhatsApp | Contro | Audiêr | Upload | Tribun | Portal | Them | PJ | Acesso | Consu | Sistem | PJ | Acesso | Consu | PJ | 080 x | Downl | Enviad | +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=282070&ca=07d624dd0c7002805ee5ef845a004a9e76d616818...

Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJE ProceComCiv 0800019-88.2019.8.18.0079
RAIMUNDO NONATO DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

10112688 - CONTESTAÇÃO (2725132 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 05/06/2020 11:22:52

05 Jun 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10112688 - CONTESTAÇÃO (2725132 CONTESTACAO 01)
- 10112690 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2725132 CONTESTACAO Anexo 02)
- 10112692 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 10112844 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
- 10112845 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 13

2725132- CS/ 2020-02141/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE REGENERACAO/PI

protocolo.pdf | protocolo.pdf | termo de audiênci...pdf | APELAÇÃO DO AU...pdf | APELAÇÃO DO AU...pdf
Falha - Permissões insuficientes

Exibir todos

PT 11:22 05/06/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE REGENERACAO/PI

Processo: 08000198820198180079

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **10/03/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **07/12/2018**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 07/12/2018 após 9 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 10/03/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032832 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 10/03/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DE COLO DE FÊMUR ESQUERDO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL ESQUERDO.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL ESQUERDO.
Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190032832 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 10/03/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DE COLO DE FÊMUR ESQUERDO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTROPLASTIA). ALTA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL ESQUERDO.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida: Não
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSA DE QUADRIL ESQUERDO.
Documentos complementares:
Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO. REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE 25% PARA QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU INTENSO PARA O QUADRIL ESQUERDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 10/03/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	26/03/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01122-3

CONTA: 000010005754-3

Nr. da Autenticação C75E89A24549AC2A

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/01/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01122-3

CONTA: 000010005754-3

Nr. da Autenticação 100276471E4E37F5

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸**art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

REGENERACAO, 29 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **REGENERACAO**, nos autos do Processo nº 08000198820198180079.

Rio de Janeiro, 29 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
14 JAN 2019
DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

500.185

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/07/17

NOME

RAIMUNDO NONATO DA SILVA

FILIAÇÃO

JULIANA FERREIRA DA SILVA

JOSÉ FERREIRA DE AQUINO

NATURALIDADE

REGENERAÇÃO-PI

DATA DE NASCIMENTO

29/08/1962

DOC. ORIGEM

CERT. CASAM. 1008 L 14 F 228V

CPF

EXP. REGENERAÇÃO-PI 26/07/84

221.438.583 - Francisco das Chagas Pinheiro Martins

1363055

Polícia Civil

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



Raimundo Nonato da Silva
1363055

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ADMINISTRAÇÃO DE TRÂNSITO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CÂMBIO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

DDT: EXISTENTE / CNH: 1551371 / 898 / 91

CPF: **949.394.433-53** DATA DE NASCIMENTO: **20/07/1977**

FUNÇÃO: **JOSE MISSIAS DA SILVA**
MARIA CAPELITA DE SOUSA

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** AC: **PERMISSÃO** CAT: **B**

Nº REGISTRO: **06983294635** VÁLIDE: **03/01/2015** EXPIRAÇÃO: **04/01/2019**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554703040

CNH

Assinatura de Adriana Carla de Sousa Silva

Assinatura do Portador

DATA DE EMISSÃO: **04/01/2015**
56064028122
PI310287030

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554703040

PIAUI

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PA Nº 014199475180
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 0081250352-0 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

ISABEL ALVES DA SILVA E SOUZA

CPF / CNPJ 393.926.782-15 PLACA DLL9637

PLACA ANT. / UF BAJ336NL539807625

ESPECIE TIPO FSP/CAMIONETE/AB CAE DUP COMBUSTIVEL DIESEL

MARCA / MODELO I/TOYOTA HILUX 4CDK SRV ANO FAB. 2003 ANO MOD. 2003

CAP / POT / CIL 5P/114CV/0CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRATA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS 1º PAGO *

FAIXA LRAV. PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO *

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 26/07/2018

SIM RESERVA DE DOMÍNIO OBSERVAÇÕES
RHX08:2 CC:0.0 CRT:0.0 PRT:0.0 OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL XINGUARA-PA DATA 01/08/18

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

PA Nº 014199475180 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 01/08/18

VIA 01 CPF / CNPJ 393.926.782-15 PLACA DLL9637

RENAVAM 0081250352-0 MARCA / MODELO I/TOYOTA HILUX 4CDK SRV

ANO FAB. 2003 CAT. TARIF. 10 Nº CHASSI BAJ336NL539807625

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 19,50 DENATRAN (R\$) 2,17 CUSTO DO SEGURO (R\$) 21,67

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,18 TOS LAB. PRO. (R\$) 47,65

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 26/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.808/0001-04

0705698 DA 001 00069

CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032832 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 10/03/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COLO DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032832 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 10/03/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COLO DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032832 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 10/03/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COLO DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTROPLASTIA).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSA DE QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO. REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE 25% PARA QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU INTENSO PARA O QUADRIL ESQUERDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032832 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 10/03/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COLO DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTROPLASTIA).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSA DE QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO. REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE 25% PARA QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU INTENSO PARA O QUADRIL ESQUERDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Raimundo Yo Nato da Silva BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL Casado PROFISSÃO Lavrador CI RGN. * 500185 CPF/MF
Nº 221438583-53 RESIDENTE E DOMILIADO (a) A
RUA Poleado - Patombura
CIDADE DE Jardim do Maratão - PI
ESTADO PI CEP 64495000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.384.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE BLESSAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susap.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Original - Piauí - PI de 29 de Novembro de 2018

+ Raimundo nato da Silva

OUTORGANTE

CO CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

Reconheço a(s)

Maria Olineide da Silva Freitas
Raimundo da Silva - II
Angical do Piauí (PI) 29/11/2018

Maria Olineide da Silva Freitas
Analista Judiciário



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015065/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

CPF: 221.438.583-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RAIMUNDO NONATO DA SILVA : 221.438.583-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/01/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: ANTONIO PACHECO MATOS JUNIOR
CPF: 026.397.273-97

ANTONIO PACHECO MATOS JUNIOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015065/19

Número do Sinistro: 3190032832

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

CPF: 221.438.583-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/03/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032832

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data do Acidente: 10/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032832

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data do Acidente: 10/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001122-3

Conta: 000010005754-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032832

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data do Acidente: 10/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000001122-3**

Conta: **000010005754-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0015065/19** IPR da vítima: **221438583-53** Nome completo da vítima: **Raimundo Nenato da Silva**

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

Nome completo: **Raimundo Nenato da Silva** CPF: **221438583-53**
Profissão: **Carreador** Endereço: **Rua do Pilãozinho** Número: **51N** Complemento: **Zona Rural**
Bairro: **Zona Rural** Cidade: **Jardim do Mulato** Estado: **RJ** CEP: **64.495-000**
E-mail: **Represbu@re** Tel (DDD): **8699981/6008**

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as opções)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1132** **3** CONTA: **5454** **1**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo exposto, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ou direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Fallecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem com esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Jardim do Mulato RJ 02/01/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

14 JAN 2019

DPVAT





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000392/2018-87

Unidade de Registro: DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gregório Luiz De Sousa

Data/Hora: 07/12/2018 - 12:51

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Endereço

ESTRADA VICINAL DE REGENERAÇÃO NO POVOADO CARNAUBA, Nº: S/N

Complemento

Data/Hora

10/03/2018 - 09:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

RG: 500185 SSP PI

Mãe: JULIANA FERREIRA DA SILVA

Paí: JOSÉ FERREIRA DE AQUINO

Endereço: POVOADO PITOMBEIRA, Nº S/N

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: JARDIM DO MULATO

Tipo Envolv.: VITÍMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - TOYOTA, Hilux Cab. Dupla

2003 DLL9637

8AJ33GNL539807625

00812503520

Prata

Condutor: IZIDORO JOSÉ DE SOUSA NETO

RG: 477.681 Órgão: SSP UF RG: PI

End: POVOADO CARNAUBA Número: S/N Complemento:

Cidade: REGENERAÇÃO UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

Proprietário: ISABEL ALVES DA SILVA E SOUZA

End: POVOADO CARNAUBA Número:

Cidade: REGENERAÇÃO UF: Bairro: NÃO INFORMADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O notificante compareceu a esta delegacia de policia civil, para comunicar um acidente de trânsito, ocorrido em uma estrada vicinal do Mulato do Piauí; o notificante estava sendo conduzido em um veículo já mencionado; que ao passar sobre um buraco o notificante foi arremessado para fora do veículo e o notificante veio a fraturar a perna esquerda, ou seja, o fêmur esquerdo; relata o notificante que ao cair foi levado para o hospital de São Pedro, examinado pelo médico de plantão, ficando assim internado. Diante do exposto pede providencia por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim.

Gregório Luiz De Sousa - Mat. 0096920

AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

Gregório Luiz de Sousa
Agente de Polícia Civil
Mat. 0096920-0

RAIMUNDO NONATO DA SILVA - Notificante

Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000392/2018-87

Delegado de Polícia




Gregório Luiz de Sousa
Agente de Polícia Civil
Mat. 009692-0

Raimundo Renato da Silva

J CORRETORA
DE SEGUROS
14 JAN 2019
DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0015065/19** IPR da vítima: **221438583-53** Nome completo da vítima: **Raimundo Nenato da Silva**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Raimundo Nenato da Silva** CPF: **221438583-53**
Profissão: **Carreador** Endereço: **Rua do Pilãozinho** Número: **51N** Complemento: **Zona Rural**
Bairro: **Zona Rural** Cidade: **Jardim do Mulato** Estado: **RJ** CEP: **64.495-000**
E-mail: **Represbu@re** Tel (DDD): **8699981/6008**

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as opções)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1132** **3** CONTA: **5454** **1**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo exposto, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ou direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Fallecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem com esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Jardim do Mulato RJ 02/01/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

14 JAN 2019

DPVAT

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



OPERADOR DO SISTEMA - FRANCISCA CARDOSO

DATA E HORA - 10/03/2018 11:58:39

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

029098.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRONTUARIO:51401 NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA NASC:29/04/1962
RAÇA:099 IDADE: 55 Anos, 10 Meses e 10 Dias.
SEXO:M TELEFONE MOVEL:??? TELEFONE FIXO:(86)3280-1244
CEP: 64495-000 MUNICIPIO (RESID): JARDIM DO MULATO UF:PI IBGE: 2205250
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO:JARDIM DO MULATO UF: PI
ENDEREÇO:PITOMBEIRA - nº 0 BAIRRO: ZONA RURAL
CNS: RG: - ORGÃO EMISSOR:
NOME DO PAI: JOSE FERREIRA DE AQUINO
NOME DA MÃE: JULIANA FERREIRA DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTORICO CLINICO:

trauma contuso em punho / 10x0 6

EXAMES FÍSICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

trauma

TRATAMENTO SOLICITADO:

1) Redução em 20 mg + AD EV 12.35

** Fratura do pé 10x0 6*
Regulagem



[Handwritten signature]

POLÍCAR

DANILO AIELAN S. LUCENA
CRM 6826 PI

[Handwritten signature]
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01122-3

CONTA: 000010005754-3

Nr. da Autenticação C75E89A24549AC2A

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01122-3

CONTA: 000010005754-3

Nr. da Autenticação 100276471E4E37F5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.748/0001-00 | Inscrição Estadual: 10.301.283-5
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica - Classe B-1
Regime Especial de Impostos Autorizado pela SEINF 04/99

Nº da Nota Fiscal

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TEEEL criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

NOVEMBRO/2018	28/11/2018	80	TOTAL A PAGAR	73,97
---------------	------------	----	---------------	-------

REGINA LUCIA DA SILVA
PV PITOMBEIRA S/M PITOMBEIRA
CPF: 00000831051310
CEP: 64.495-000 - JARDIM DO MILATO

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	522	Atual:	22/10/2018
Anterior:	1.000	Anterior:	19/12/2018
Consumo em kWh:	80	Consumo em kWh:	20/11/2018
Consumo Medido:	80	Consumo Medido:	21/11/2018
Consumo Padrão:	NORMAL	Consumo Padrão:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Residência:	MONO	Endereço:	2133478
Endereço:		Endereço:	
Endereço:		Endereço:	

HISTÓRICO DE CONSUMO		CONSUMO	
OUT/18	83	CONSUMO	80 A R\$ 0,9240 = 73,92
SET/18	77	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSP)	6,91
AGO/18	69	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 09/18-00	0,43
JUL/18	71	MULTA POR ATRASO 09/18-00	1,38
JUN/18	112	JUROS POR ATRASO 09/18-00	0,64
MAY/18	17	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,55	
ABR/18	20	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,19	
MAR/18	36		
FEV/18	33		
JAN/18			
TARIFA SEM TAXAS:			
0 A 80 - 0,5240			

INFORMAÇÕES IMPORTANTES / PLANO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora multa a ser paga de 12 meses de atraso em 12 parcelas de 0,43 R\$ cada uma.
10/2018	55,93	

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

RESERVAÇÃO AO FISCAL C54B.E49C.03CF.03A7.2F69.EE1C.B169.FD1C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	13,17	Imposto de Renda:	64,61
Energia:	25,02	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	3,93	Valor do ICMS:	14,21
Emissão:	3,98	Valor do PIS:	0,76
Tributos:	18,51	Valor do COFINS:	3,54

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,06 16,12 32,23 4,59 9,19 18,37 4,44
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

28/11/2018 24,20

Eletrobras Distribuição Piauí		SEU CÓDIGO 0745940-8	TOTAL A PAGAR - R\$ 73,97
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI CNPJ: 06.748/0001-00 Inscrição Estadual: 10.301.283-5		MES FATURADO 11/2018	VENCIMENTO 28/11/2018
		Nº da Nota Fiscal: 013929908	FCAH

836300000000 4 73970017000 7 000000000745 0 94081118008 9



SEQ.: 00097 UC: 0745940-8 DT. LEIT.: 21/11/2018 T. ENTR.: 02
LEITURA: 602 NORMA: TOTAL: 73,97 CARGA: 002
DT. VENC.: 28/11/2018 Nº de Coleção: 000000000745

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

R\$ 149,32

VENCIMENTO

25/12/2018

EMISSÃO: 07/12/2018

POSTAGEN: 17/12/2018

FATURA: 3613257115

CLIENTE: 1.61423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACCESSO: 116 99999-3007

DEBITO AUTOMATICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/NOV A 06/DEZ

Serviços TIM S.A.	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 4,22
CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 2,48
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 2,63

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Vantagens que seu plano oferece			1	30	07/11 a 06/12	189,99
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	8/12	30	07/11 a 06/12	-50,00
Desconto Oferta TIM Pós C Plus						139,99
Subtotal					07/11 a 06/12	Incluído
10 GB de Internet	10GB	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
Minutos locais e DDD com 40	limitado	149m00s	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
TIM Music	-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
TIM Banca Virtual	-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
TIM Backup 30GB	-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a
 comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite
www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES - Planos(a) e Serviços de Valor Adicionado(SVA)
INFORMAÇÃO TIM S/A RMS 30% R\$ 108,05 VALOR PLATEL: R\$ 0,72 FISF OFRHS - Serviço 104,20m 3,92% R\$ 0,36 FISFOTAS - Serviços Não Telecom 4,61% R\$ 0,36 R\$ FOFHS - Serviços Não Telecom 5,12% Em atendimento à Lei 12.731/12 e às contribuições da FUNTEL (0,3%) não são repassadas às tarifas
Informações Complementares - Planos(a) e Serviços de Valor Adicionado(SVA) Incluído no(s) Plano(s) Franchises R\$ 137,49 SVA R\$ 52,50 Oss (opção) Franchises R\$ -36,18 Interceptação SVA R\$ -13,82

DE SEGUROS

14 JAN 2019



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático e ganhe um bônus de Internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse o Meu TIM ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO 0000000912153676014	MÊS DE REFERÊNCIA DEZ/2018	DATA DE EMISSÃO 07/12/2018	DATA DE VENCIMENTO 25/12/2018	VALOR R\$ 149,32
---	-------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	---------------------

VIA FRANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

34520000001-2 49320109011-2 00361325711-6 50123536776-1



OPERADOR DO SISTEMA - FRANCISCA CARDOSO

DATA E HORA - 10/03/2018 11:58:39

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

029098.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRONTUARIO: 51401 NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA NASC: 29/04/1962
RAÇA: 099 IDADE: 55 Anos, 10 Meses e 10 Dias.
SEXO: M TELEFONE MOVEL: ??? TELEFONE FIXO: (86) 3280-1244
CEP: 64495-000 MUNICIPIO (RESID): JARDIM DO MULATO UF: PI IBGE: 2205250
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO: JARDIM DO MULATO UF: PI
ENDEREÇO: PITOMBEIRA - nº 0 BAIRRO: ZONA RURAL
CNS: RG: - ORGÃO EMISSOR:
NOME DO PAI: JOSE FERREIRA DE AQUINO
NOME DA MÃE: JULIANA FERREIRA DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTORICO CLINICO:

trauma com fratura da perna / 10x2 6

EXAMES FÍSICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fratura

TRATAMENTO SOLICITADO:

1) Tenoxicam 20 mg + AD EV 12:35

** Fratura com pino 6*
Regulagem

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
14 JAN 2018
DPVAT

[Assinatura]

POLEGAR

DANILO AÍSLAN S. LUCENA
CRM 6826 PI

[Assinatura]
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Contato: hospital@saopedro.pi.gov.br
www.saopedrodopiaui.pi.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

RUA LEONIDAS MELO, S/N, SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI, CEP: 64430-000

DATA: 23/03/18

REGISTRO:

ENF: 09

LEITO: 28

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Sintra:

NOME: Raimundo Norato da Silva

ITEM	Ficha com fimul + gordros	SENHA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1	Dietas oral bionda			
2	Alco gelinizado			
3	Dipirona 500mg - 01 comp + AD 6/6h		18 24 06	
4	Paracetamol - 1 comp 6/6h			
5	Tilofil 1 comp + AD 12/12h		12 22	
6	SSNU + CCg 6/6h			
Dra. Amanda Gois Médica CRM/PI: 7030				
CORRETORES DE SEGUROS				
14 JAN 2019				
OPVAT				

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO		2. CNES 2324199
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO		4. CNES 2324199

NOME DO PACIENTE: <i>Raimundo Nêto da Silva</i>		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
5. PRONTUÁRIO 29039	7. CARTÃO NACIONAL SUS 29/04/62	8. DATA NASC 29/04/62	9. SEXO: M/F M
1. NOME DA MÃE: <i>Juliana F. da Silva</i>		10. DOCUMENTOS: RG	CPF
1. ENDEREÇO: <i>Povoado Pitambura</i>		10.2. NOME DO RESPONSÁVEL:	
13. MUNICÍPIO		12.2. BAIRRO <i>Zona Rural</i>	12.3. COMPLEMENTO
14. IBGE	15. UF	16. CEP	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Trauma / queda Door quadril / luxa @</i>	

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Acima</i>	
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame clínico (Rx)</i>	
21. CID 10 PRINCIPAL <i>Fratura do fêmur @</i>	22. CID 10 SECUNDÁRIO <i>2039</i>

PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Outros procedimentos de urgência</i>	
25. COD. DO PROCEDIMENTO 030106008.8	26. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27. CARATER DA INTERNAÇÃO	28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Paulo de Oliveira Lopes</i>
29. DATA SOLICITAÇÃO: <i>10/03/18</i>	30. ASS. E CARIMBO (INF. DO REG. DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)	
33. CNPJ DA SEGURADORA	34. Nº DO BILHETE
35. CNPJ DA EMPRESA	36. Nº DO BILHETE
37. CNAE EMPRESA	38. CBO
39. CNAE EMPRESA	
40. CBO	
41. CBO	
42. CBO	
43. CBO	
44. CBO	
45. CBO	
46. CBO	
47. CBO	
48. CBO	
49. CBO	
50. CBO	
51. CBO	
52. CBO	
53. CBO	
54. CBO	
55. CBO	
56. CBO	
57. CBO	
58. CBO	
59. CBO	
60. CBO	
61. CBO	
62. CBO	
63. CBO	
64. CBO	
65. CBO	
66. CBO	
67. CBO	
68. CBO	
69. CBO	
70. CBO	
71. CBO	
72. CBO	
73. CBO	
74. CBO	
75. CBO	
76. CBO	
77. CBO	
78. CBO	
79. CBO	
80. CBO	
81. CBO	
82. CBO	
83. CBO	
84. CBO	
85. CBO	
86. CBO	
87. CBO	
88. CBO	
89. CBO	
90. CBO	
91. CBO	
92. CBO	
93. CBO	
94. CBO	
95. CBO	
96. CBO	
97. CBO	
98. CBO	
99. CBO	
100. CBO	

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

C.N.P.J: 06.554.810/0001-76

FICHA DE ADMISSÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário 029098 Enfermaria: 09 Leito: 28

Nome: Raimundo Renato da Silva

Data de Nasc.: 10/03/2018 Sexo: 1 1. Masculino / 2. Feminino

Filiação: Pai: José Ferreira de Aguiar
Mãe: Juliana Ferreira da Silva

Endereço: Bitumbeira Bairro: Zoo
Cidade: Jardim do Mandato Estado: PI

ESPECIALIDADE DO LEITO

Clinica Médica: ☐ Obstetrícia: ☐ Psiquiátrica: ☐
Pediatria: ☐ Cirúrgica: ☐

IDENTIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Data da Internação 10/03/2018 Hora: 12:00 Min.

ANAMNESE:

Queixa principal
HD: Fratura do pé direito

Ass. e carimbo do Médico Responsável



SÃO PEDRO DO PIAUÍ (PI), _____ DE _____ 20__

DATA: 21/03/2018

REGISTRO:

ENF: 09

LEITO: 28

14 JAN 2019

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
	HD: FRATURA DE COLO DE FÊMUR		
1	Dieta oral branda		
2	Jelco salinizado		
3	Dipirona 500 mg/ml, 1 amp + AD, EV, 6/6 h		
4	Tramadol, 1 amp, EV, lento, até 6/6 h, se dor intensa		
5	Tilatil 1 amp, EV, 12/12 h		
6	CCGG + SSV 6/6 h		
	AGUARDANDO SENHA		

Lúcia Eugênia Alves de Oliveira
 Enfermeira
 CRP 14135

09/08/2014 - 16:00 - 16:00
 11/08/2014 - 16:00 - 16:00
 12/08/2014 - 16:00 - 16:00
 13/08/2014 - 16:00 - 16:00
 14/08/2014 - 16:00 - 16:00
 15/08/2014 - 16:00 - 16:00
 16/08/2014 - 16:00 - 16:00
 17/08/2014 - 16:00 - 16:00
 18/08/2014 - 16:00 - 16:00
 19/08/2014 - 16:00 - 16:00
 20/08/2014 - 16:00 - 16:00
 21/08/2014 - 16:00 - 16:00
 22/08/2014 - 16:00 - 16:00
 23/08/2014 - 16:00 - 16:00
 24/08/2014 - 16:00 - 16:00
 25/08/2014 - 16:00 - 16:00
 26/08/2014 - 16:00 - 16:00
 27/08/2014 - 16:00 - 16:00
 28/08/2014 - 16:00 - 16:00
 29/08/2014 - 16:00 - 16:00
 30/08/2014 - 16:00 - 16:00
 31/08/2014 - 16:00 - 16:00
 01/09/2014 - 16:00 - 16:00
 02/09/2014 - 16:00 - 16:00
 03/09/2014 - 16:00 - 16:00
 04/09/2014 - 16:00 - 16:00
 05/09/2014 - 16:00 - 16:00
 06/09/2014 - 16:00 - 16:00
 07/09/2014 - 16:00 - 16:00
 08/09/2014 - 16:00 - 16:00
 09/09/2014 - 16:00 - 16:00
 10/09/2014 - 16:00 - 16:00
 11/09/2014 - 16:00 - 16:00
 12/09/2014 - 16:00 - 16:00
 13/09/2014 - 16:00 - 16:00
 14/09/2014 - 16:00 - 16:00
 15/09/2014 - 16:00 - 16:00
 16/09/2014 - 16:00 - 16:00
 17/09/2014 - 16:00 - 16:00
 18/09/2014 - 16:00 - 16:00
 19/09/2014 - 16:00 - 16:00
 20/09/2014 - 16:00 - 16:00
 21/09/2014 - 16:00 - 16:00
 22/09/2014 - 16:00 - 16:00
 23/09/2014 - 16:00 - 16:00
 24/09/2014 - 16:00 - 16:00
 25/09/2014 - 16:00 - 16:00
 26/09/2014 - 16:00 - 16:00
 27/09/2014 - 16:00 - 16:00
 28/09/2014 - 16:00 - 16:00
 29/09/2014 - 16:00 - 16:00
 30/09/2014 - 16:00 - 16:00
 01/10/2014 - 16:00 - 16:00
 02/10/2014 - 16:00 - 16:00
 03/10/2014 - 16:00 - 16:00
 04/10/2014 - 16:00 - 16:00
 05/10/2014 - 16:00 - 16:00
 06/10/2014 - 16:00 - 16:00
 07/10/2014 - 16:00 - 16:00
 08/10/2014 - 16:00 - 16:00
 09/10/2014 - 16:00 - 16:00
 10/10/2014 - 16:00 - 16:00
 11/10/2014 - 16:00 - 16:00
 12/10/2014 - 16:00 - 16:00
 13/10/2014 - 16:00 - 16:00
 14/10/2014 - 16:00 - 16:00
 15/10/2014 - 16:00 - 16:00
 16/10/2014 - 16:00 - 16:00
 17/10/2014 - 16:00 - 16:00
 18/10/2014 - 16:00 - 16:00
 19/10/2014 - 16:00 - 16:00
 20/10/2014 - 16:00 - 16:00
 21/10/2014 - 16:00 - 16:00
 22/10/2014 - 16:00 - 16:00
 23/10/2014 - 16:00 - 16:00
 24/10/2014 - 16:00 - 16:00
 25/10/2014 - 16:00 - 16:00
 26/10/2014 - 16:00 - 16:00
 27/10/2014 - 16:00 - 16:00
 28/10/2014 - 16:00 - 16:00
 29/10/2014 - 16:00 - 16:00
 30/10/2014 - 16:00 - 16:00
 31/10/2014 - 16:00 - 16:00
 01/11/2014 - 16:00 - 16:00
 02/11/2014 - 16:00 - 16:00
 03/11/2014 - 16:00 - 16:00
 04/11/2014 - 16:00 - 16:00
 05/11/2014 - 16:00 - 16:00
 06/11/2014 - 16:00 - 16:00
 07/11/2014 - 16:00 - 16:00
 08/11/2014 - 16:00 - 16:00
 09/11/2014 - 16:00 - 16:00
 10/11/2014 - 16:00 - 16:00
 11/11/2014 - 16:00 - 16:00
 12/11/2014 - 16:00 - 16:00
 13/11/2014 - 16:00 - 16:00
 14/11/2014 - 16:00 - 16:00
 15/11/2014 - 16:00 - 16:00
 16/11/2014 - 16:00 - 16:00
 17/11/2014 - 16:00 - 16:00
 18/11/2014 - 16:00 - 16:00
 19/11/2014 - 16:00 - 16:00
 20/11/2014 - 16:00 - 16:00
 21/11/2014 - 16:00 - 16:00
 22/11/2014 - 16:00 - 16:00
 23/11/2014 - 16:00 - 16:00
 24/11/2014 - 16:00 - 16:00
 25/11/2014 - 16:00 - 16:00
 26/11/2014 - 16:00 - 16:00
 27/11/2014 - 16:00 - 16:00
 28/11/2014 - 16:00 - 16:00
 29/11/2014 - 16:00 - 16:00
 30/11/2014 - 16:00 - 16:00
 01/12/2014 - 16:00 - 16:00
 02/12/2014 - 16:00 - 16:00
 03/12/2014 - 16:00 - 16:00
 04/12/2014 - 16:00 - 16:00
 05/12/2014 - 16:00 - 16:00
 06/12/2014 - 16:00 - 16:00
 07/12/2014 - 16:00 - 16:00
 08/12/2014 - 16:00 - 16:00
 09/12/2014 - 16:00 - 16:00
 10/12/2014 - 16:00 - 16:00
 11/12/2014 - 16:00 - 16:00
 12/12/2014 - 16:00 - 16:00
 13/12/2014 - 16:00 - 16:00
 14/12/2014 - 16:00 - 16:00
 15/12/201

Prescrição Médica e Controle de Aplicação

DATA DA ADMISSÃO	ENFERMEIRO	LEITO
12/05/2018	1	1
13/05/2018	1	1
14/05/2018	1	1
15/05/2018	1	1
16/05/2018	1	1
17/05/2018	1	1
18/05/2018	1	1
19/05/2018	1	1
20/05/2018	1	1
21/05/2018	1	1
22/05/2018	1	1
23/05/2018	1	1
24/05/2018	1	1
25/05/2018	1	1
26/05/2018	1	1
27/05/2018	1	1
28/05/2018	1	1
29/05/2018	1	1
30/05/2018	1	1
31/05/2018	1	1
01/06/2018	1	1
02/06/2018	1	1
03/06/2018	1	1
04/06/2018	1	1
05/06/2018	1	1
06/06/2018	1	1
07/06/2018	1	1
08/06/2018	1	1
09/06/2018	1	1
10/06/2018	1	1
11/06/2018	1	1
12/06/2018	1	1
13/06/2018	1	1
14/06/2018	1	1
15/06/2018	1	1
16/06/2018	1	1
17/06/2018	1	1
18/06/2018	1	1
19/06/2018	1	1
20/06/2018	1	1
21/06/2018	1	1
22/06/2018	1	1
23/06/2018	1	1
24/06/2018	1	1
25/06/2018	1	1
26/06/2018	1	1
27/06/2018	1	1
28/06/2018	1	1
29/06/2018	1	1
30/06/2018	1	1
01/07/2018	1	1
02/07/2018	1	1
03/07/2018	1	1
04/07/2018	1	1
05/07/2018	1	1
06/07/2018	1	1
07/07/2018	1	1
08/07/2018	1	1
09/07/2018	1	1
10/07/2018	1	1
11/07/2018	1	1
12/07/2018	1	1
13/07/2018	1	1
14/07/2018	1	1
15/07/2018	1	1
16/07/2018	1	1
17/07/2018	1	1
18/07/2018	1	1
19/07/2018	1	1
20/07/2018	1	1
21/07/2018	1	1
22/07/2018	1	1
23/07/2018	1	1
24/07/2018	1	1
25/07/2018	1	1
26/07/2018	1	1
27/07/2018	1	1
28/07/2018	1	1
29/07/2018	1	1
30/07/2018	1	1
31/07/2018	1	1
01/08/2018	1	1
02/08/2018	1	1
03/08/2018	1	1
04/08/2018	1	1
05/08/2018	1	1
06/08/2018	1	1
07/08/2018	1	1
08/08/2018	1	1
09/08/2018	1	1
10/08/2018	1	1
11/08/2018	1	1
12/08/2018	1	1
13/08/2018	1	1
14/08/2018	1	1
15/08/2018	1	1
16/08/2018	1	1
17/08/2018	1	1
18/08/2018	1	1
19/08/2018	1	1
20/08/2018	1	1
21/08/2018	1	1
22/08/2018	1	1
23/08/2018	1	1
24/08/2018	1	1
25/08/2018	1	1
26/08/2018	1	1
27/08/2018	1	1
28/08/2018	1	1
29/08/		

21 / 03 / 2018 c 9 2 8

INT. FRANK'S

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM

[illegible]

DATA: 20/03/2018

REGISTRO:

ENF: 09

LEITO: 29

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Removendo Avenida da Sil.

ITEM	77 Exatidão do cab e firma	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
20-3-18	1. Dieta ad libitum		09:50 Paciente chegou no 10º DTA apresentando vertigem, sem febre. Tórax ad libitum de fêmur. Com
	2. pl ^{ta} artemis ²⁰ ad		18:26 seguinte, curatado, febre, supura
	3. P ^o p ^o p ^o + 0,07 EV 6164		co, suspirando em an ambiente
	4. Temed 01g - 100 ad SFO 91. EV kit SN		ty, normotônico, aguilão, 55 VV
	5. CCG 6 + 55V		velocidade, acila "duela" no fono
			da, nãga querax algumas no me
			mento, além a sup ^o p ^o

DATA: 19/03/2018

REGISTRO:

ENF 09

LEITO: 22

NOME: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

[illegible]

2/15/21

DATA: 02/02/2018

REGISTRO:

ENF: 09,

LEITO: 28

HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

RUA LEONIDAS MELO, S/N - SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI, CEP: 64430-000

6

NOME: Reinaldo Norberto da Silva

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
	# Fratura do colo da perna		
	1) Dê 100% de oxigênio		
	2) Fale com o paciente		
	3) Pipiracua 500mg/100ml - 2mg + 100mg/100ml	10/10/24 06	
	4) Imagem 200mg - 0,1mg + 100mg/100ml	10/10/24 06	
	5) Loperamide 500mg - 12/12/24	10/10/24 06	
	6) 100mg + 100mg		

DATA DA ADMISSÃO	ENF	LEITO
17/03/18	09	25

NOME DO PACIENTE: **Raimundo Roberto da Silva** PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

Nº	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM
	* fratura colo fêmur		10:40 paciente evoluiu com constantes vitais estáveis, sem sinais de infecção, náuseas, vômitos, afecção do sistema urinário, boa aparência, hidratado, sem sinais de desidratação. Paciente em observação, com evolução satisfatória, aguardando melhoras para alta.
	Aguardando cirurgia		
	① Dieta amol branda		
	② Gelo localizado		
	③ Tapinha 1g + 100 ml de água	18:00	
	④ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑤ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑥ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑦ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑧ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑨ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑩ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑪ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑫ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑬ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑭ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑮ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑯ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑰ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑱ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑲ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	⑳ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉑ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉒ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉓ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉔ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉕ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉖ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉗ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉘ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉙ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉚ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉛ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉜ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉝ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉞ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㉟ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊱ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊲ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊳ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊴ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊵ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊶ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊷ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊸ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊹ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊺ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊻ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊼ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊽ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊾ Trocar 120g + 1000 ml de água		
	㊿ Trocar 120g + 1000 ml de água		

Paralelo Monteiro da Silva
ENFERMEIRO
COLABORADOR

Prescrição Médica e Controle de Aplicação

Rua Leônidas Melo nº 2185 – São Pedro do Piauí

DATA DA ADMISSÃO	ENF	LEITO
17/07/18	09	24

Reinhardt No net to the fish

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

Nº	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORARIO	EVOLUÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM
	* hefture colofimur		
	Agueda Seidre		
	① Dita anal luerda		
	② Jelas Colmipido		
	③ Dapnosa 10g + 1000 310g	18:24	
	④ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑤ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑥ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑦ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑧ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑨ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑩ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑪ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑫ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑬ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑭ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑮ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑯ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑰ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑱ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑲ Tural 1000g + 1000 310g		
	⑳ Tural 1000g + 1000 310g		
	㉑ Tural 1000g + 1000 310g		
	㉒ Tural 1000g + 1000 310g		
	㉓ Tural 1000g + 1000 310g		
	㉔ Tural 1000g + 1000 310g		
	㉕ Tural 1000g + 1000 310g		
	㉖ Tural 1000g + 1000 310g		
	㉗ Tural 1000g + 1000 310g		
	㉘ Tural 1000g + 1000 310g		
	㉙ Tural 1000g + 1000 310g		
	㉚ Tural 1000g + 1000 310g		
	㉛ Tural 1000g + 1000 310g		
	㉜ Tural 1000g + 1000 310g		
	㉝ Tural 1000g + 1000 310g		
	㉞ Tural 1000g + 1000 310g		
	㉟ Tural 1000g + 1000 310g		
	㊱ Tural 1000g + 1000 310g		
	㊲ Tural 1000g + 1000 310g		
	㊳ Tural 1000g + 1000 310g		
	㊴ Tural 1000g + 1000 310g		
	㊵ Tural 1000g + 1000 310g		
	㊶ Tural 1000g + 1000 310g		
	㊷ Tural 1000g + 1000 310g		
	㊸ Tural 1000g + 1000 310g		
	㊹ Tural 1000g + 1000 310g		
	㊺ Tural 1000g + 1000 310g		
	㊻ Tural 1000g + 1000 310g		
	㊼ Tural 1000g + 1000 310g		
	㊽ Tural 1000g + 1000 310g		
	㊾ Tural 1000g + 1000 310g		
	㊿ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋁ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋂ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋃ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋄ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋅ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋆ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋇ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋈ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋉ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋊ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋋ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋌ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋍ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋎ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋏ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋐ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋑ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋒ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋓ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋔ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋕ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋖ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋗ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋘ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋙ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋚ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋛ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋜ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋝ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋞ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋟ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋠ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋡ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋢ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋣ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋤ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋥ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋦ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋧ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋨ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋩ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋪ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋫ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋬ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋭ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋮ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋯ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋰ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋱ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋲ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋳ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋴ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋵ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋶ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋷ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋸ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋹ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋺ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋻ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋼ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋽ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋾ Tural 1000g + 1000 310g		
	㋿ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		
	㌀ Tural 1000g + 1000 310g		

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

RUA LEONIDAS MELO, S/N, SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI, CEP: 64430-000

DATA: 13/03/18

REGISTRO:

ENF: 9

LEITO: 28

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: RUI MELO NUNES DA SILVA

ITEM	INDICAÇÃO	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1	Dieta oral branda		10:30h. pct. consciente, orientado, sem náuseas, vômitos, diarreia, febre, dor abdominal. Deambulando com auxílio de 1 pessoa. Sono adequado. Satisfeito. Aguardando exames de rotina.
2	Leito confortável		
3	Aspiração nasogástrica		
4	Tratamento com Doril 100mg		
5	Tilatil 100mg		
6	SSW + csg		

Dra. Amanda Góes
Médica

PMPI-2018

Jonas Alves Cardoso
COREN - PI 484.457
Enfermeiro

HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

RUA LEONIDAS MELO, S/N - SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI, CEP: 64430-000

DATA: 15/03/2018

REGISTRO: 2ENF: 09LEITO: 28**NOME: RAIMUNDO NONATO DA SILVA**

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
	HD: FRATURA DE COLO DE FÊMUR		
1	Dieta oral branda		#08.30. Ret segue como, consente, respirações espontâneas, sibilos, dia
2	Jeico salinizado		to VO deito, diurese presente. Sem
3	Dipirona 500 mg/ml, 1 amp + AD, EV, 6/6 h	12.18 24.06	queiros e sob cuidados. Cuidados
4	Tramadol, 1 amp, EV, lento, até de 6/6 h, se dor intensa	9.30 24.06	sem de reavaliação. Brenda Figueiredo
5	Tilatil 1 amp, EV, 12/12 h	10.22 24.06	Enfermeira
6	CCGG + SSVV 6/6 h	12.18 24.06	COREN-PI 99978
	AGUARDANDO SENHA		Brenda Figueiredo
	Lucas Eugênio de Oliveira		Enfermeira
	CRIM-PI 6135		COREN-PI 99978
			12hs. Pa. 110x80mmHg
			11.35. Paciente segue com sinais vitais estáveis.
			12.18. Paciente 100/70 mmHg, 80 bpm, 36°C, 90% O2.
			13.30. Paciente estável, sem alterações. Sinais vitais: 100/70 mmHg, 80 bpm, 36°C, 90% O2.
			14.30. Paciente estável, sem alterações. Sinais vitais: 100/70 mmHg, 80 bpm, 36°C, 90% O2.
			15.30. Paciente estável, sem alterações. Sinais vitais: 100/70 mmHg, 80 bpm, 36°C, 90% O2.
			16.30. Paciente estável, sem alterações. Sinais vitais: 100/70 mmHg, 80 bpm, 36°C, 90% O2.
			17.30. Paciente estável, sem alterações. Sinais vitais: 100/70 mmHg, 80 bpm, 36°C, 90% O2.
			18.30. Paciente estável, sem alterações. Sinais vitais: 100/70 mmHg, 80 bpm, 36°C, 90% O2.
			19.30. Paciente estável, sem alterações. Sinais vitais: 100/70 mmHg, 80 bpm, 36°C, 90% O2.
			20.30. Paciente estável, sem alterações. Sinais vitais: 100/70 mmHg, 80 bpm, 36°C, 90% O2.
			21.30. Paciente estável, sem alterações. Sinais vitais: 100/70 mmHg, 80 bpm, 36°C, 90% O2.
			22.30. Paciente estável, sem alterações. Sinais vitais: 100/70 mmHg, 80 bpm, 36°C, 90% O2.
			23.30. Paciente estável, sem alterações. Sinais vitais: 100/70 mmHg, 80 bpm, 36°C, 90% O2.
			00.30. Paciente estável, sem alterações. Sinais vitais: 100/70 mmHg, 80 bpm, 36°C, 90% O2.

DATA: J4 103138

REGISTRO:

ENF: 03

2.

NOME:

== Raimond Novak da Silva ==

[illegible]

Francisco Monteiro
ENFERMEIRO
ENTRADA 1995-546
CORREIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO
RUA LEONIDAS MELO, S/N, SÃO PEDRO DO PIAUÍ – PI, CEP: 64430-000

DATA: 13/03/18

REGISTRO:

ENF: 0.0

LEMO: 

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

Reinhold Aumet de L'herm

ITEM	Fratura A col. 1.ª e 2.ª	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1.	Fratura da base		40x40. Pó e resina colocados, comumente, orientados, aplicados, disto no oco, de uma parte para a outra, com queixas algemas e de amolados. Brenda Figueiredo
2.	Transtorno de equilíbrio		20x50. Pó e resina colocados, comumente, orientados, aplicados, disto no oco, de uma parte para a outra, com queixas algemas e de amolados. Brenda Figueiredo
3.	Transtorno de equilíbrio		20x50. Pó e resina colocados, comumente, orientados, aplicados, disto no oco, de uma parte para a outra, com queixas algemas e de amolados. Brenda Figueiredo
4.	Transtorno de equilíbrio		20x50. Pó e resina colocados, comumente, orientados, aplicados, disto no oco, de uma parte para a outra, com queixas algemas e de amolados. Brenda Figueiredo
5.	Transtorno de equilíbrio		20x50. Pó e resina colocados, comumente, orientados, aplicados, disto no oco, de uma parte para a outra, com queixas algemas e de amolados. Brenda Figueiredo
6.	Transtorno de equilíbrio		20x50. Pó e resina colocados, comumente, orientados, aplicados, disto no oco, de uma parte para a outra, com queixas algemas e de amolados. Brenda Figueiredo
7.	Transtorno de equilíbrio		20x50. Pó e resina colocados, comumente, orientados, aplicados, disto no oco, de uma parte para a outra, com queixas algemas e de amolados. Brenda Figueiredo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

RUA LEONIDAS MELO, S/N, SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI, CEP: 64430-000

DATA: 12/12/19

REGISTRO: _____

ENF: 001

LEITO: 26

PRESCRIÇÃO MÉDICANOME: Francisco Monteiro da Silva

ITEM		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1	12.20	12.20	12.20 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
2	12.40	12.40	12.40 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
3	13.00	13.00	13.00 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
4	13.20	13.20	13.20 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
5	13.40	13.40	13.40 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
6	14.00	14.00	14.00 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
7	14.20	14.20	14.20 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
8	14.40	14.40	14.40 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
9	15.00	15.00	15.00 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
10	15.20	15.20	15.20 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
11	15.40	15.40	15.40 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
12	16.00	16.00	16.00 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
13	16.20	16.20	16.20 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
14	16.40	16.40	16.40 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
15	17.00	17.00	17.00 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
16	17.20	17.20	17.20 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
17	17.40	17.40	17.40 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
18	18.00	18.00	18.00 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
19	18.20	18.20	18.20 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
20	18.40	18.40	18.40 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
21	19.00	19.00	19.00 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
22	19.20	19.20	19.20 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
23	19.40	19.40	19.40 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
24	20.00	20.00	20.00 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
25	20.20	20.20	20.20 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
26	20.40	20.40	20.40 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
27	21.00	21.00	21.00 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
28	21.20	21.20	21.20 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
29	21.40	21.40	21.40 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.
30	22.00	22.00	22.00 - Paciente consciente, respiração espontânea, distensão cardíaca presente. Cuidando de sua higiene pessoal. Deixando a sala.

Brenda Figueiredo
ENFERMEIRO
COREN-PI 499078Francisco Monteiro da Silva
ENFERMEIRO
COREN-PI 495.541

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Fernando Roberto da Silva

ITEM	HORARIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1. Fatura do penicilina		
2. Dieta empobrecida lipídica		
3. Anestesia com 500mg/ml - 2uf + AD 5V 6/6 h		
4. Transfusão 20mg - 10 FA + AD 5V 12/12 h		
5. Transfusão 500mg/ml - 2uf + 100mg 5FA 12/12 h		
6. Hipoclorito 5000v 12/12 h		
7. CCB + 55V		

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

RUA LEONIDAS MELO, S/N, SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI, CEP: 64430-000

DATA: 10/03/18

REGISTRO: _____

ENF: 09

LEITO: 318

PRESCRIÇÃO MÉDICA

aguardando Suporte

NOME:

Raimundo Norberto da Silva

ITEM	HORARIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
# Fratura do fêmur ⑤		P.A. 90x50 mmHg
① Dito onof braçade tipo medice		13:40h paciente Admitido, turva-
② Acesso venoso subcutâneo		do de ambulatório com quadro
③ Depirone 500 mg/inf - 2inf + AD 5V 6/6h	18:00h	de Pólvora - de cabe de fêmur En-
④ Taxotum 20mg - 0.1 PM + AD 5V 12/12h	12:00h	guendo. Acompanhando de fêmur -
⑤ Heparina NF 5000 UI/inf - 1inf SC 12/12h	12:00h	lizar do exame, brucos na -
⑥ Tramadol 80 mg/inf - 2inf + 100 mg 5x 0.9x 6V A eu	13:00h	procurado. Semelhante de fêmur
⑦ cefb 4 500	13:00h	do MFE. preservação. Pólvora da

Jonas Alves Barbosa
COREN - PI 484 457
Enfermeiro

RECIBO
10/03/18

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 10/03/18 HORA: 13:40h Nº DOTELEFONE: 3280 - 1244

Gene { ID: 19944
AUT: 171881863

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro

MUNICÍPIO: São Pedro do Piauí

MÉDICO: Dr. Danilo

CRM: 5406

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Raimundo Norberto da Silva

Data de Nascimento: 29/04/62 Idade: _____ anos Sexo: () Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Município de Procedência: _____

HDA: Queda / Trauma coxa (E)

HD: Fratura do fêmur CID: _____

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tem: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm PA: 140 x 80 mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

() Oxigênio () Hidratação Venosa
() Aspiração () Medicação (especificar)
() Curativo () Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: _____

Clinica/Posto: _____ Senha: _____



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Raimundo Nonato da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 471 604

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito, 696 - Redenção Fone: 35 3229 1672
TERESINA-PI CEP: 64017 770 CNPJ: 05.522.917/0022 02



BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 23/03/2018 18:59:13

DADOS DO PACIENTE:

User: PMS/CAPI
Estação: KRONOS/02

Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA		Prontuário: 471604	
Mãe: JULIANA FERREIRA DA SILVA	Pai: JOSE FERREIRA DE AQUINO		
End.Resid.: NÃO INFORMADO - CENTRO - JARDIM DO MULATO PI		CZP: 64495-000	
Nascimento: 29/08/1962	Idade: 55a:7m:22d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99483-9997
Responsável: O MESMO	CNS: 122956703670004		
Profissão:	CPF: 221.438.583-53 * RG: -		
G. Instrução: Superior Incompleto	E.Civil: Casado(a)		
End.Local: -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 656713	Data: 23/03/2018 18:54:55	Condução: AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR	
Tipo de Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Não	Trajetória?: Não	Tipico: Não	CID Secundário:

DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE NINGUÉM SE AGREDIU - CRISE DE ANGINA -
DOR E DEBILIDADE NO CORPOR (E)
RA: FORTUM TRANSFERIDA PARA (E)
CS. Círculo.

PA ☒ mmHg Pulso: ☐ FC: ☐ bpm Temp.: ☐

Diagnóstico Inicial: **PMT Reme (E)**

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RAIO-X REALIZADO
DATA 23/03/2018
Técnico: *[Assinatura]*

ALTA: ☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Não melhorado ☐ À Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplinada ☐ Por Evasão	☐ Retornar à Unid. Origem: ☐ Transferência:
	DATA SAÍDA: / / HORA:	
ÓBITO: ☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs	DESTINO: ☐ Família ☐ IML ☐ Anat. Patol.	☐ Internação na Unidade Proced. Solicitado: <i>5721</i> CID Compatível:
	Prof. Solicitante Internação: <i>Dr. Eduardo A.A. Bona</i> <i>CRM-PI: 4800</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>	

Sandra Alves de C.D.
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - Br

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Raimundo Norberto da Silva	PRONTUÁRIO	471604
DA CLÍNICA	OTI pediátrico	LEITO	
A CLÍNICA	Endo do f-2		

MOTIVO DA CONSULTA

→ Paciente a Trauma 1 / fêmea
em fêmea.

AVALIAÇÃO RISCO CIRÚRGICO

26/03/2018

DATA:

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Paciente aguarda correção cirúrgica de fratura de quadril esquerdo. Apresenta: Odontológico Reforço trauma do quadril direito em 1997, com implante do postero do quadril em 2014. Tabagista. Não hipertensão, diabetes ou asma. Reforço abriga à tetraciclina e a meropenem. Não dor torácica ou respiração. Não acidente vascular cerebral.

Bom estado geral, consciente, orientado, eufórico. FC: 65 bpm, PA: 120x76 mmHg. CR: bulhas respiratórias rítmicas regulares em ambos pulmões. CP: murmúrio vesicular fisiológico, sem ruído adventício. Membros com edema. Pulsos radiais simétricos. Pulsos poplíteos reduzidos à direita. Pulsos dorsais do pé esquerdo (corrigido direito) e tibial posterior direito, palpáveis. Membros sem edema.

ECG: sinusal (FC: 65 bpm), PR: 140 ms, AQRS: 60°, QRS e ST-T sem anormalidades. glicemia capilar 125 mg/dl (at: 05 de 26/3/18) = hemoglobina = 14 g/dl creatinina: 1.1 mg/dl

→ Conclusão: no risco

DATA: 26/3/2018 - 21:10

Almeida - CRM-PI 2653

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



NOV 17 1964

NOME DO USUÁRIO	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE ou APT.	LEITO
Valmirado Novato da Silva	471604				
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
↓ x. pn (siga ve (fmr) 552	PENICILINA		OBSERVAÇÕES		
DATA: 22/03/2014	HORÁRIO				
① Dose 1/2 - 1/2			15h - Pct. segue com antecedente físico e eufórico. Aceita dieta por VO.		
② Fuso			Eliminação fisiológica e normal. Realiza ECG. Segue sem queixas.		
③ Cloroformo - 0,2 mg - 52 a 100	(14) NT				
④ Trufos + 1000 - 6 - 1/2 50					
⑤ D. fuso - 2,00 + 100 - 6 - 6/6 64					
⑥ 1/2 1/2 64					
REC 6					
1/2 1/2 64					

MÉDICO/CRM:

Environ. Monit. Assess.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

Chenice Angicilina

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	971604	23/06	251		
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 22/03/18 HORA: 1					

06/04/2014

MÉDICO CRM:

Mar-007

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATORIO – SRPA

NOME <u>Raimundo Renato da Silva</u>		IDADE <u>55</u> anos		DATA <u>29/03/2018</u>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>13</u> hs <u>10</u> min		TIPO DE ANESTESIA: () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO			
CIRURGIA REALIZADA				CIRURGIÃO	
SINAIS VITAIS		HORÁRIO			
		ADMISSÃO		SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		<u>136/59</u>		<u>129/78</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		<u>51</u>		<u>60</u>	
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)		<u>100</u>		<u>100%</u>	
TEMPERATURA AXILAR (°C)		<u>—</u>		<u>—</u>	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		<u>—</u>		<u>—</u>	
NOME/MATRÍCULA		<u>Paula</u>		<u>Allyone</u>	
ÍNDICE DE ALDRETT-KEE			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 []	2 []	2 []
	Movimenta dois membros	1	1 [X]	1 []	1 []
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 []	0 []	0 []
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 [X]	2 []	2 []
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 []	1 []	1 []
	Tem apnéia	0	0 []	0 []	0 []
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 [X]	2 []	2 []
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 []	1 []	1 []
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 []	0 []	0 []
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 [X]	2 []	2 []
	Desperta, se solicitado	1	1 []	1 []	1 []
	Não responde	0	0 []	0 []	0 []
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 [X]	2 []	2 []
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 []	1 []	1 []
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 []	0 []	0 []
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL		09	
ESCALA DE DOR ALTA		ASS. <u>Marcelo Coutinho</u>		COREN-PA 20057- ENF	
() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonja: () Nasog () Nasoe
mL	hs	mL	hs	mL	hs
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

13:10 Admitido no SRPA em pós de tto cirúrgico para fratura em quicquil (C) sob efeito do meque. Consciente, calmo, eupneico, respirando ar ambiente sem gases. maculoso.

ASS. Marcelo Coutinho
COREN-PA 20057- ENF

RAIO-X REALIZADO
DATA 29-3-2018
Técnico Guilherme

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGIA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR ()



210785

No. da Autorização de Internação Hospitalar (A/H)

61953

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3 Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

210785

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

6 - Prontuário: 471604

7-CNS: 122956703670004

8-Nascimento: 29/08/1962

9-Sexo: Masculino

CPF: 221 438.583-53

11-Mãe: JULIANA FERREIRA DA SILVA

12-Forma: 86-90480-9997

13-Resp: (O MESMO)

14-Cor: Parda

15-Endere: NAO INFORMADO - CENTRO - CEP: 64495-000

16-Munic: JARDIM DO MULATO

17-Cod.IBGE: 220525

18-UF: PI

19-CNP: 64495-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fratura transtrocantérica do fêmur

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de Trat. Cirúrgico

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Röntgen + Ex. físico + Ex. de função

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura peritrocantérica

24-CID Prim:

S721

25-CID Sec:

26-CID Terc:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Proc.Proced.: 27 Procedimento Solicitado:

0408050632

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

31-Docum.:

32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CNP

644.351.213-87

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

34-Data Solicitação:

23/03/2018

Dr. Eduardo R. A. Bona Miranda
CRM-PI 4559

Adaptado a Traz Matchless

35-Ass. Carimbo: Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNPJ Empresa:

44-CORR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vinculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

08/05/18

48-Documento:

49 Num. Documento:

() CNS () CFP

50-Ass. () Ass. () Conselho

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

52-Ass. () Ass. () Conselho

Consult. () Consult. ()

Consult. ()

Impresso: 23/03/2018 19:49:39

Sandra Alve de Carvalho oliveiro

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 61853

AIH: 2218100174609

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

12956703670034

NOME DO PACIENTE

RAIMUNDO NONATO DA SILVA

NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO

29/08/1962

M

271004

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

8649970033

NOME DA MÃE

JULIANA FERREIRA DA SILVA

RESPONSÁVEL

SANDRA ALVES DE CARVALHO

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

80

BAIRRO

BAIRRO ZONA RURAL

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

JARDIM DO MUIATO

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA TRANSROCANTERIANA DO FÊMUR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

ANAMNESE - EX FÍSICO - CLÍNICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S72.1 - FRATURA PERTROCANTERICA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408032632 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSROCANTERIANA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

23/03/2018

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

CPF: 84435121387

CRM:

DATA ADMISSÃO

23/03/2018 18:54

DATA ALTA

30/03/2018 10:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO))

FABRIENNE CARILHO DA SILVA PIRAJÁ
CPF: 2017147334 CRM:

DATA ANÁLISE: 23/03/2018 20:42:14

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF:

DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente			WILSON NOBRE DA SILVA		
Diagnóstico pré-operatório			EMT. LOCO DO RUM (t) 22005		
Operação - Tipo			FIBROEPIPLASTIA E 2 PARIETAL		
Cirurgião		1º Assistente			
2º Assistente		3º Assistente			
Instrumentador		Anestesista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
29/03/8					
Diagnóstico pré-operatório				OBS. para fazerem comunicação de uso e justificativa	
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					
*NAO TEMOS P. CAUSADO					
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO					
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)					
(1) DRR (2) ASSERIA (3) CAUTEX (4) MESSO LITON (5) DRR e (7) PARIETAL (6) FIBROEPIPLASTIA					



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1823 - Redenção - Fone: 86 3219 5445

TERESINA-PI CEP: 64017 770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA (Prontuário: 471604)**
 Endereço: **POV PINTONBEIRA - CENTRO - JARDIM DO MULATO - PI CEP: 64495-000**
 Nascimento: 29/08/1962 Idade: 55a10m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 656713
 Requisição: 824063 Solicitação: 23/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1019885 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 23/03/2018

BACIA PA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA.
 os seguintes aspectos observados:

- Prótese metálica no quadril direito.
- Interlinhas articulares preservadas.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 17/07/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Pinto 1820 - Redenção - Fone: 06 3216 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022 00

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA** (Prontuário: 471604)
 Endereço: **POV PINTONBEIRA - CENTRO - JARDIM DO MULATO - PI CEP: 64495-000**
 Nascimento: 29/08/1962 Idade: 55a7m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 21C785
 Requisição: 825395 Solicitação: 29/03/2018 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
 Controle: 1021438 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080080

Data Exame: 29/03/2018

QUADRIL ESQUERDO

O estudo radiológico do quadril esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no colo femoral esquerdo fixada com dois parafusos metálicos.
- Aumento de volume das partes moles.

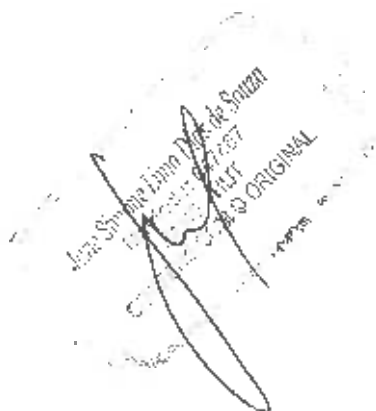
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/04/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





NEUROcentro

Nome: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**
Convênio: **J SAUDE (P.R.)**
Solicitante: **Dr(a) MÉDICO NÃO INFORMADO**
Código: **292000.01 RG 500185 ssppi**

Idade: **56 anos**
Sexo: **Masculino**
Data: **20/08/2018 10:40**
CPF: **22143858353**

RX DA COXA DIREITA

RELATÓRIO:

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências AP/PERFIL.

Os seguintes aspectos foram observados:

Status pós-artroplastia no quadril direito, com fixação de prótese metálica no terço proximal do fêmur e de parafusos metálicos na diáfise proximal / média do fêmur.

Redução da densidade radiográfica das estruturas ósseas visibilizadas.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Status pós-artroplastia no quadril direito, com fixação de prótese metálica no terço proximal do fêmur e de parafusos metálicos na diáfise proximal / média do fêmur.

Osteopenia.




Pedro Augusto Martins Pedreira Junior
CRM-2894



NEUROCENTRO

Nome: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**
Convênio: **J SAUDE (P.R.)**
Solicitante: **Dr(a) MÉDICO NÃO INFORMADO**
Código: **292000.01 RG 500185 ssppi**

Idade: **56 anos**
Sexo: **Masculino**
Data: **20/08/2018 10:40**
CPF: **22143858353**

RX DA COXA ESQUERDA

RELATÓRIO:

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências AP/PERFIL.

Os seguintes aspectos foram observados:

Status pós-intervenção cirúrgica para tratamento de fratura no colo femoral esquerdo, fixada com parafusos metálicos.

Redução da densidade radiográfica das estruturas ósseas visibilizadas.

Espaço articular fêmoro acetabular esquerdo preservado.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Status pós-intervenção cirúrgica para tratamento de fratura no colo femoral esquerdo, fixada com parafusos metálicos.

Osteopenia.


Pedro Augusto Martins Pedreira Junior
CRM-2854





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data do exame: 12/04/2018

Id Paciente: 383621

Data do laudo: 23-04-2018

Raio X de Bacia

- Controle evolutivo de osteossíntese do colo femoral esquerdo com parafusos metálicos.
- Artroplastia do quadril direito.
- Partes moles sem particularidades.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAR 2019

DPVAT