



Número: **0800534-64.2019.8.18.0034**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Água Branca**

Última distribuição : **17/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.800,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO ALVES DE SOUSA (AUTOR)	FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
9927795	26/05/2020 22:07	Citação	Citação
8093313	29/04/2020 08:07	Despacho	Despacho
6675952	10/10/2019 08:25	Certidão de conclusão	Certidão
6675790	10/10/2019 08:24	Certidão de triagem	Certidão
5679094	17/07/2019 13:09	Petição Inicial	Petição Inicial
5679100	17/07/2019 13:09	DOC FRANCISCO ALVES DE SOUSA	Documentos

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
GABINETE DA Vara Única da Comarca de Água Branca DA COMARCA DE ÁGUA BRANCA
Avenida João Ferreira, Centro, ÁGUA BRANCA - PI - CEP: 64460-000

PROCESSO Nº: 0800534-64.2019.8.18.0034
CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]
AUTOR: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

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

CARTA DE CITAÇÃO

Ao Senhor

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

Comunico-lhe que tramita nesta **Vara Única da Comarca de Água Branca** a Ação PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) (Processo n.o 0800534-64.2019.8.18.0034) que tem como requerente AUTOR: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

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

É, pois, a presente para **CITAR**, por meio de Vossa Senhoria, REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

, para **CONTESTAR**, querendo, esta ação no prazo de **15 (quinze) dias úteis**, sob pena de se considerarem verdadeiros os fatos alegados pela autora, nos termos do art. 344 do Novo Código de Processo Civil.

As cópias dos documentos necessários podem ser acessadas, utilizando as chaves de acesso abaixo,



na url <https://tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> :

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	1907171309382800000005437932
DOC FRANCISCO ALVES DE SOUSA	Documentos	190717130938419000000005438038
Certidão de triagem	Certidão	191010082405749000000006384778
Certidão de conclusão	Certidão	191010082513635000000006384938
Despacho	Despacho	200429080749047000000007730094

ÁGUA BRANCA-PI, 26 de maio de 2020.

LAIANE DOS SANTOS OLIVEIRA
Secretaria da Vara Única da Comarca de Água Branca



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
Vara Única da Comarca de Água Branca DA COMARCA DE ÁGUA
BRANCA

Avenida João Ferreira, Centro, ÁGUA BRANCA - PI - CEP: 64460-000

PROCESSO Nº: 0800534-64.2019.8.18.0034
CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]
AUTOR: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

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

DESPACHO

Vistos etc.

Recebo a inicial, eis que satisfaz, *a priori*, os requisitos legais.

Defiro a gratuidade judiciária, eis que não restou evidenciado nos autos nenhum fato que justifique o indeferimento do pleito, conforme § 2º do artigo 99 do CPC, devendo prevalecer a presunção da alegação de hipossuficiência (Art. 99, § 3º do CPC).

Intime-se a Requerente para juntar, no prazo de 15 (quinze) dias, comprovante de residência atualizado e em seu nome, ou, caso colacione documento de titularidade de outra pessoa, que justifique o seu vínculo com a mesma, sob pena de indeferimento da petição inicial, conforme o artigo 321, parágrafo único do Código de Processo Civil. Transcorrido o prazo sem manifestação, voltem-me conclusos para sentença.

Ato contínuo, e somente a hipótese de cumprimento da determinação anterior, considerando a Portaria Nº 1292/2020 do TJPI, que suspendeu audiências e prazos processuais e estabeleceu regime de teletrabalho até 15/05/2020, em consonância com as orientações da OMS e do Ministério da Saúde sobre o regime de quarentena face à pandemia que o mundo enfrenta no momento, e por ser dever do magistrado prezar pela celeridade processual, deixo de designar uma data para a realização de audiência de conciliação, ao passo em que **determino a citação do réu, através dos correios e com aviso de recebimento, para oferecer contestação, no prazo de 15 (quinze) dias**, contados da data da juntada aos autos do AR, sob pena de revelia, consoante previsão do artigo 344 do NCPC, ressalvadas as hipóteses do artigo 345 do mesmo diploma.

Apresentada contestação no prazo acima, intime-se a parte autora, no prazo de 15 (quinze) dias, na forma dos arts. 350 e 351 do NCPC, bem como para que se manifeste acerca de eventuais documentos (art. 437, §1º do NCPC).

Na sequência, intemem-se as partes a especificarem as provas que eventualmente pretendam produzir, justificando concretamente a pertinência de cada uma para o deslinde do feito, sob pena de indeferimento, no prazo de 10 (dez) dias.

Após, retornem conclusos para saneamento ou julgamento conforme o estado do processo.



Cumpra-se.

ÁGUA BRANCA-PI, 28 de abril de 2020.

Juiz(a) de Direito da Vara Única da Comarca de Água Branca





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

GABINETE DA Vara Única da Comarca de Água Branca DA COMARCA DE ÁGUA BRANCA

Avenida João Ferreira, Centro, ÁGUA BRANCA - PI - CEP: 64460-000

PROCESSO Nº: 0800534-64.2019.8.18.0034

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

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

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO

Certifico que, nesta data, faço a conclusão do presente processo para despacho inicial.

ÁGUA BRANCA-PI, 10 de outubro de 2019.

HUGO BASTOS LIMA VERDE

Secretaria da Vara Única da Comarca de Água Branca



Assinado eletronicamente por: HUGO BASTOS LIMA VERDE - 10/10/2019 08:25:13

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101008251363500000006384938>

Número do documento: 19101008251363500000006384938



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

GABINETE DA Vara Única da Comarca de Água Branca DA COMARCA DE ÁGUA BRANCA

Avenida João Ferreira, Centro, ÁGUA BRANCA - PI - CEP: 64460-000

PROCESSO Nº: 0800534-64.2019.8.18.0034

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

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

Certidão de Triagem

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei a regularidade da representação e a desnecessidade de juntada neste momento de comprovante de pagamento de custas processuais tendo em vista o pedido de gratuidade processual formulado na petição inicial, motivo pelo qual faço sua conclusão para despacho inicial.

ÁGUA BRANCA-PI, 10 de outubro de 2019.

HUGO BASTOS LIMA VERDE

Secretaria da Vara Única da Comarca de Água Branca



Assinado eletronicamente por: HUGO BASTOS LIMA VERDE - 10/10/2019 08:24:05

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101008240574900000006384778>

Número do documento: 19101008240574900000006384778

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUÍZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA
DE ÁGUA BRANCA - PI**

FRANCISCO ALVES DE SOUSA, brasileiro, solteiro, trabalhador rural, inscrito no CPF nº 184.438.772-00 e portador do RG nº 4.498.818-SSP/PI, residente e domiciliado na Fazenda São Francisco, S/N, CEP: 64.465-000 zona rural do Município de Lagoinha do Piauí - PI, por seu Advogado "*in fine*" assinado, constituído nos termos do incluso instrumento de mandato (doc. em anexo), com endereço profissional na Rua das Orquídeas, nº 1097, Bairro de Fátima, CEP: 64.049-534 Teresina- PI, onde recebem intimação e correspondências de estilo, telefones para contato: (86) 99973-0022/ 99446-7935/ 3231-2809/ 99996-4692, E-mail: frmoliveira@hotmail.com, vem, mui respeitosamente, com a devida vênua à honrosa presença de Vossa Excelência, com supedâneo nos artigos 319 do Novo Código de Processo Civil, da Lei Federal 6.194/74 e 8.441/92, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

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

1 – PRELIMINARMENTE

1.1 - DA JUSTIÇA GRATUITA

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

2 – DOS FATOS



O Autor, em data de **25/02/2018 (vinte e cinco de fevereiro de dois mil e dezoito)**, por volta das 06:00 horas, era condutor em uma motocicleta Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS, cor: PRATA de placa LVY-7154 conduzida pela a parte autora, o mesmo trafegava em sua motocicleta quando se envolveu em acidente automobilístico provocado, devido a perda do controle da motocicleta, em face da luz alta do veículo que vinha em sentido contrário, sofrendo inúmeras lesões corporais como quebra do braço esquerdo e pé direito, além de inúmeras escoriações, conforme BOLETIM DE OCORRÊNCIA N ° 040/2018 (documento em anexo).

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

O requerente teve como resultado do trágico acidente uma **enfermidade incurável**, conforme se observa no **Laudo/Relatório médico** em anexo, o requerente apresentou fraturas completas na falange proximal do hallux e no 5° metatarso do pé direito e fratura fragmentada desalinhada na diáfase umeral (documentos em anexo).

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

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

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

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

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

3 – DO DIREITO

Nos termos do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, os danos pessoais circundados pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar:



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Apenas para argumentar, há que se dizer que a lei acima, que disciplina o caso vertente, **não distingue entre invalidez total ou parcial**, não podendo, portanto, o intérprete ou



o julgador distinguir onde a lei não o faz. Com isso, torna-se despendioso verificar se a invalidez que acometeu o autor é total ou parcial, muito embora, percebe-se que, no caso em exame, **são PÚBLICO E NOTÓRIO QUE É PERMANENTE.**

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

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

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

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

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

(TJ-MG – AC: 10040150055057001 MG, Relator: Juliana Campos Horta, Data de Julgamento: 22/05/0017, Câmaras Cíveis/ 12ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 02/06/2017)

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

3.2 – INAFASTABILIDADE DE APRECIÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO

Em razão de o Estado proibir a autotutela, surge em contrapartida, a necessidade de armar o cidadão com um instrumento capaz de levar a cabo o conflito intersubjetivo em que está envolvido. Esse direito é exercido com a movimentação do Poder Judiciário, que é o órgão



incumbido de prestar a tutela jurisdicional. É direito fundamental à ação. Dessa forma, o exercício da ação cria para o autor o direito à prestação jurisdicional, direito que é um reflexo do poder-dever do juiz de dar a referida prestação jurisdicional.

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

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

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

3.3 – DA JUSTIÇA GRATUITA

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

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

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

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

4 – DO PEDIDO

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

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



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

c) Que, ao final, seja a presente ação **julgada PROCEDENTE** para o fim de impor a condenação à requerida no importe de R\$ **10.800,00 (dez mil e oitocentos)**, nos exatos termos da exordial, em face da **INVALIDEZ PERMANENTE DO SUPPLICANTE, conforme determina a Lei 6.194/74, com as respectivas alterações da Lei 11.482/07.**

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

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

Dá-se à causa o valor de **R\$ 10.800,00 (dez mil e oitocentos reais)**, para os efeitos legais.

Nesses termos,

Pede deferimento.

Teresina (PI), 17 de Julho de 2019.

Francisco Roberto Mendes Oliveira

Advogado OAB/PI 7.459

Ernesto de Lucas Sousa Nascimento

Bacharelado em Direito



2

DPVAT
Recebi
21.03.19

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Francisima Alves de Lima, brasileira, solteira, trabalhadora
marital inscrito no CPF nº 184.438.772-00, portadora do R.G. nº
44.498.118-SSP/PI, residente e domiciliada na Fazenda São Francisco,
S/N, CEP: 64465-000 zona rural do município de Logradouro do Piauí-PI

OUTORGADOS: FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA e LÍVIA SANTOS SOARES, advogados com o número de inscrição na OAB/PI, 7459 e 11487 respectivamente, com escritório profissional na Rua Áurea Freire, 1220, Bairro Jockey, Teresina/PI, fone (86) 3305-0203.

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

Teresina (PI), 20 de Abri de 2019.



OUTORGANTE

Assinada por: Kayse Onices Maudo - 604.594.953-64

de Testemunha: Fâmella Raissa Lima Verde Sales CPF: 042.832.343-03

de Testemunha: Marina Rodrigues Oliveira dos Santos 039.000.933-42



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EMISSÃO
4.498.818	10/11/16
NOME	
FRANCISCO ALVES DE SOUSA	
FILIAÇÃO	
MARIA TERESA DE SOUSA ZACARIAS TITO ALVES DE SOUSA	
NATURALIDADE	
ALTO LONGA-PI	
DATA DE NASCIMENTO	
13/09/1953	
DOC. ORIGEM	
EXP AGUA BRANCA-PI 28/10/16	
CPF	
1131381	

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DO DISTRITO

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

MINISTERO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
184.438.772-00

Nome
FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Nascimento
13/09/1963

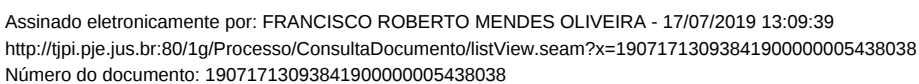
VALIDO SOBREMANTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

CÓDIGO DE CONTROLE
7345.4447.5FCA.DBA9

A autenticidade desta comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 11/05/01 do dia 03/12/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

DPVAT
12 FEV 2019
CORRETORES DE SEGUROS





Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0442586-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-80 | Ins. Estadual: 19.301.363-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 016023901

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	14-01-2019	100	21,10

HOSTON ALVES DA ANUNCIACAO
FZ SAO FRANCISCO S/N LAGOINHA B-RURAL
CPF: 00019906315334
CEP: 64.465-000 - LAGOINHA DO PIAUI

DADOS DA LEITURA		KWH		DATAS DA LEITURA	
Atual:	39386			Atual:	08/01/2019
Anterior:	39286			Anterior:	07-12-2018
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	06-02-2019
Consumo Medidor:	100			Emissor:	04-01-2019
Consumo Faturado:	100	FCAH		Apresentação:	08-01-2019

NORMAL	32
--------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
------------------------------	--	--	--	--	--

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
------------------	---------	----------------	-------	-------------	---------------

RURAL	TRI	D87946		4.1.2.3	95
-------	-----	--------	--	---------	----

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 100 A R\$ 0,604068 = 60,40
DEZ/18 113	DESCONTO IMPORTE (SEM ICMS) 39,30-
NOV/18 20	
OUT/18 133	
SET/18 96	
AGO/18 125	
JUL/18 70	
JUN/18 49	
MAI/18 40	
ABR/18 35	
MAR/18 121	

NOV/13	26
OUT/13	133
SET/18	96
AGO/13	125
JUL/18	76
JUN/18	49
MAI/18	40
ABR/18	35
MAR/18	121
TOTAL 225	
100	

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

(1)

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190120806 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO ALVES DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PACHECO JUNIOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - EPP

BENEFICIÁRIO FRANCISCO ALVES DE SOUSA

CPF/CNPJ: 18443877200

Posição em 25-02-2019 17:25:41

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será efetuado.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

26/02/2019	R\$ 2.700,00	R\$ 0,00	R\$ 2.700,00
------------	--------------	----------	--------------

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
15/02/2019	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/uMchfUJSIP42MMXMTzKo3A==api_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvAFkNIW21ICjxVZ0mPAuok=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



Disponível na

App Store

(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)



DISPONÍVEL NO

Google Play

(https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

ACESSIBILIDADE

1/3

Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA - 17/07/2019 13:09:39

http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071713093841900000005438038

Número do documento: 19071713093841900000005438038

Num. 5679100 - Pág. 4



Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA PRONT.: 0000347443 ATEND.: 0000608984
IS: 898005143432601 DATA NASCIMENTO: 13/09/1953 SEXO: Masculino
RAÇA/COR: ETNIA DO PACIENTE: CPF: 18443877200
NOME DA MÃE: MARIA TERESA DE SOUSA FONE: 999355646
RESPONSÁVEL: FONE:
ENDEREÇO: AV NEGÓ TEIXEIRA N.º: 0
MUNICÍPIO: AGUA BRANCA UF: PI CEP: 64460970

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO ☒ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR	COD. PROCEDIMENTO
DE MUDANÇA PROCEDIMENTO	COD. PROCEDIMENTO null
ID PRINCIPAL	CID SECUNDARIO
ID REL. PROCED null	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☒ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO	QTD
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	0408020393	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
MARIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS C/ PERNOITE	0802010040	2
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
TENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM OMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	0302040013	9
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
TENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO- IONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	0302060022	9

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

CTE. NECESSITA DE ACOMPANHANTE E FISIOTERAPIAS.

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

AUTORIZAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

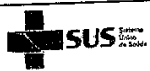
DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)





Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

PRONT.: 0000347443

ATEND.: 0000608984

CNS: 898005143432601

DATA NASCIMENTO: 13/09/1953

SEXO: Masculino

RACIA/COR:

ETNIA DO PACIENTE:

CPF: 18443877200

NOME DA MÃE: MARIA TERESA DE SOUSA

FONE: 999355646

RESPONSÁVEL:

FONE:

ENDEREÇO: AV NEGO TEIXEIRA

UF: PI

N.º: 0

MUNICÍPIO: AGUA BRANCA

CEP: 64460970

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR

COD. PROCEDIMENTO

COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO

COD. PROCEDIMENTO
null

CID PRINCIPAL

CID SECUNDARIO

CID REL. PROCED null

P ☐ PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☒ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QTD
PROCEDIMENTO PRINCIPAL	0408020393	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO		
PROCEDIMENTO ESPECIAL	0702030910	1
PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)		
PROCEDIMENTO ESPECIAL		
PROCEDIMENTO ESPECIAL		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

PCTE. NECESSITA DE OPEME.

DATA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

Dr. Francisco Chagas B. Sousa
Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)
ORTOPEDIA
CRM-PI: 2720



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA - 17/07/2019 13:09:39

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071713093841900000005438038

Número do documento: 19071713093841900000005438038

MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM
03/08/2019
EQUIPE MARIA APARECIDA SILVA
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/MAT. 019065-0

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SERINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9g%-ml- 500	frasc	02	AGULHA DE RAQUE Nº	und	
SORO FISIOLÓGICO 0,9g%-ml-	frasc		AGULHA PERIDURAL Nº	und	
SORO GLICOSADO 5g%-ml	frasc		AGULHA 25X7	und	01
RINGER LACTADO ml	frasc		AGULHA 30X7	und	01
AGUA DESTILADA ml	frasc		AGULHA 40X12	und	01
AGUA PARA INJEÇÃO 10 ml	amp		AGULHA DE INSULINA	und	
MANITOL 3% 2000 ml	frasc		ESCALP Nº	und	
FORMOL ml	ml		JELCO Nº 20	und	01
AGUA OXIGENADA ml	ml		SERINGA DE 60ml	und	
ALCOOL 70% ml	ml	100	SERINGA DE 20 ml	und	01
P.V.P.I DEGERMANTE ml	ml	200	SERINGA DE 10 ml	und	01
P.V.P.I TÓPICO ml	ml	100	SERINGA DE 5ml	und	
CLOREXIDINA ml	ml		SERINGA DE 3ml	und	
BSS 800ml	frasc		SERINGA DE 1ml	und	
VOLUVÉM 8% 500ml	frasc				
			DRENOS		
			DRENO DE PENROSE Nº	und	
			DRENO DE SUÇÃO Nº	und	
			DRENO DE TORAX Nº	und	
			DRENO DE KHER Nº	und	
FIOS					
NAYLON Nº 2-0	Und	02			
NAYLON Nº	Und				
CAT GUT SIMPLES Nº	Und		OUTROS MATERIAIS		
CAT GUT CROMADO Nº	Und		LAMINA DE BISTURI Nº 24	Und	01
CAT GUT CROMADO Nº	Und		LAMINA DE BISTURI Nº	Und	
ALGODÃO C/ AGULHA Nº	Und		GASES	pct	03
ALGODÃO S/ AGULHA Nº	Und		ESPARADRAPO	cm	100
VICRYL Nº 2	Und	02	MICROPORE	cm	
VICRYL Nº	Und		COMPRESSAS	Und	04
PROLENE Nº	Und		ALGODÃO	Und	
PROLENE Nº	Und		EQUIPO MACROGOTAS	Und	01
MONOCRYL Nº	Und		EQUIPO	Und	
PDS Nº	Und		EQUIPO P/ SANGUE	Und	
LUVAS			TORNEIRINHA	Und	
PROCEDIMENTO	PAR	04	POLIFIX	Und	01
ESTÉRIL Nº 6,5	PAR	02	TRANSOFIX	Und	01
ESTÉRIL Nº 7,5	PAR	02	ERIGOPLAS -VIAS	Und	
ESTÉRIL Nº 8,0	PAR	02	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	Und	04
			CATETER DUPLO "J"	Und	
SONDAGEM			CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	Und	
SONDA URETRAL Nº	Und		TUBO OROTRQUEAL Nº	Und	
SONDA DE FOLEY 2V Nº	Und		FILTRO BACTERIOLOGICO P/TOT	Und	
SONDA DE FOLEY Nº 3V	Und		CAPA PARA VIDEO	Und	
SONDA NASOGASTRICA Nº	Und		CAPA PARA MICROSCOPIO	Und	
SONDA NASOENTERAL Nº	Und		LENTE INTRA OCULAR Nº	Und	
COLETOR DE URINA FECHADO	Und		crepe	-	03
COLETOR DE URINA ABERTO	Und				
XYLOCAÍNA GELÉIA 2%	tub				
SONDA RETAL Nº	Und				
VASELINA	tub				

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

CIRCULANTE-COREN

HORA

INSTRUMENTADORA-COREN



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
BOLETIM DE ANESTESIA

DATA	21/03/18	SALA
PRONTUARIO		

PACIENTE				IDADE		DATA DE NASC.		PESO	SEXO
Francisco Alves de Souza						/ /		55 kg	M
PROCEDIMENTO				ESTADO FÍSICO ASA					
Anestesia geral									
PRESSÃO ARTERIAL		FO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS		
12 x 80		20							
HEMOGLOBINA		HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	CREATININA				

OXIGÊNIO		SEVOFLURANO	
G F R		150ml	
SG 5% SF 0.9% RINGER		100% / 100% / 100% / 100%	
(H) P			
COLOIDE PLASMA			
SaO ₂ (%)			
EICO ₂			
CÓDIGOS			
X - INÍCIO E FIM DA ANESTESIA V - P.A. SISTÓLICA J - P.A. MÉDIA			
• FREQ. CARDÍACA			
SÍMBLOS			
DIURESE			

SEQUÊNCIA

1) Lidoc 2.0 c/Varo 20ml

2) Le-olupa c/Varo 20ml

INÍCIO 13:15

FIM 13:45

Técnica Anestésica: *1110*
Observações: *Blaze*
Aleno Graziat

☒ ECG ☐ PVC ☒ Oxigênio ☐ _____
☐ PAM ☒ PANI ☒ Capnógrafo ☐ _____

GASES	ℓ / min	Início	Fim	T	DO
Oxigênio					
Ar Medicinal					

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina		Amp
Adrenalina		Amp
Água dest. 10ml	02	Amp
Cipro 500mg		Fras.
Cefazolina 1g	02	Amp
Clonidina		Amp
Colóide ()		Fras.
Dexametasona	01	Amp
Diazepam		Amp
Dímorf		Amp
Dipirona	02	Amp
Dobutamina		Amp

Dopamina		Amp
Dormonid	01	Amp
Efortil		Amp
Efedrina		Amp
Fentanil (s/ cons)		Amp
Fentanil (frasco)		Fras
Sevoflurano		Ml
Hidrocloridona		Fras
Isoflurano		Ml
Manitol		Fras
Metronidazol		Fras
Narcan		Amp

Neostigmina		Amp
Nipride		Amp
Noradrenalina		Amp
Neocalina	0,6% Pessaria	Amp
Neocalina	0,5% Injeção	Amp
Omeprazol		Fras
Pancurônio		Amp
Profenid		Amp
Propofol		Fras
Protamina		Amp
Quelicin		Fras
Quetamina		fras

Remifentanil		F
Renitidina		A
Ringer-Lactado		F
Sufentanil		A
S. Fisiológ. 0,9%		F
S. Glicosado 5%		F
Tracrium		A
Transamin		F
Novobupri 0,5 v	01	A
Lidocaina 2% v	61	F

Anestesiologista - CRM

MOD. 90 - HGV





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

CHECK LIST - CIRÚRGIA SEGURA PARA O PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO

(Realizar antes do paciente ir para o CC)

NOME: Francisco Alves de Souza DN: 1/1

CLÍNICA: CTI DATA: 15, 03, 18 HORÁRIO:

Nº	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira – nome completo e data do nascimento)	☒
2	Conferir se o paciente encontra-se com a marcação cirúrgica da lateralidade	☒
3	Confirmar com o Centro cirúrgico se o paciente será operado	☒
4	Conferir se os termos de consentimento da anestesia estão preenchidos e assinados	☒
5	Conferir se o termo de consentimento da cirurgia encontra-se assinado	☒
6	Conferir se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga	☐
7	Verificar a retirada de adornos, prótese dentária, esmalte nas unhas	☐
8	Orientar a retirada de roupa íntima	☐
9	Preparar o paciente com a vestimenta apropriada (camisola, gorro e pró-pés)	☐
10	Conferir o jejum	☐
11	Verificar se o paciente tem alergia e registrar no prontuário	☐
12	Identificar junto ao paciente e prontuário o procedimento a ser realizado, exames pré-operatórios e parecer cardiológico	☐
13	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluir a dor)	☐
14	Fazer o registro de enfermagem do encaminhamento ao CC no prontuário	☐
15	Solicitar o maqueiro para o transporte e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico de maca ou cadeira de rodas, acompanhado por técnico de enfermagem obrigatoriamente	☐

Obs: DEVERÁ SER VERIFICADO E CHECADO ☒ CADA ITEM

A assinatura deve ser feita pelo profissional que preencher.

ASSINATURA DA(O) ENFERMEIRA(O) E
CARIMBO

ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILAR DE
ENFERMAGEM E CARIMBO





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
CHECK LIST - CIRURGIA SEGURA PARA O PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO
(Realizar antes de encaminhar o paciente para a enfermaria)

NOME: _____ CNI: ____/____/____
CLÍNICA: _____ DATA: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____

Nº	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira – nome completo e data de nascimento)	
2	Confirmar com a(o) enfermeira(o) do setor qual será o leito do paciente, informando as condições clínicas do mesmo	
3	Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário	
4	Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso)	
5	Verificar se os exames estão anexados ao prontuário	
6	Verificar se há solicitação de Raio X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de Radiologia	
7	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluir a dor)	
8	Fazer o registro de enfermagem no prontuário	
9	Solicitar o macaqueiro para o transporte e encaminhar o paciente a clínica ou setor de radiologia (se necessário)	

OBS: DEVERÁ SER VERIFICADO E CHECADO (✓) CADA ITEM

*a assinatura deve ser feita pelo profissional que preencheu.

ASSINATURA DA (O) ENFERMEIRA (O) E CARIMBO	ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO
--	--

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/07/2019
Edna Maria Andrade Silva

Avaliação: 06 à 11 pontos = Risco Alto 12 à 17 pontos = Risco Moderado 18 à 20 pontos = Risco Baixo

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCORE
AÇÃO	RESPOSTA	PONTUAÇÃO
Abertura ocular	Espontânea	4
	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta motora	Obedece comandos	6
	Dor localizada	5
	Retirada da flexão	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
		15
PONTUAÇÃO < 3 (probabilidade de morte) 3 a 8 (grave necessidade de intubação) 9 a 12 (moderado) 13 a 15 (leve)		



Acidente motor = 20 dias 12.03.18

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Francisco Alves de Sousa Data de Nascimento: 13/09/53
Cidade de origem: Agua Branca

II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL

Religião/Crença: Católica
Profissão: Agricultor
Escolaridade: () Analfabeto (☒) Ensino fundamental () Ensino médio () Superior
Barreira na comunicação: (☒) Não () Sim
Qual: _____
Apresenta déficit: (☒) Não () Sim - Tipo: () Visual () Auditivo () Motor
() Outros: _____
Transtorno mental: (☒) Não () Sim
Qual: _____

2 ÍTEM POSITIVOS
ACIONAR SERVIÇO
SOCIAL

III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)

(☒) Não possui () Hipertensão Arterial () Dislipidemia () Diabetes mellitus () Cardiopatias () Câncer
() Tabagismo () Etilismo () Usuário de drogas ilícitas () Outra Qual: _____
Alergia () Sim (☒) Não Qual: _____

Faz uso de medicamentos? (☒) Não () Sim

NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	DOSE	HORÁRIO

ACIONAR
FARMACÊUTICO

Resultados de exames (vindo com o paciente): (☒) Não () Sim Quais: _____

IV - EXAME FÍSICO

a) DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Altura: _____ (m) Peso: _____ (Kg) IMC: _____
Dor: (☒) Não () Sim, Localização: _____
Características: _____

b) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

(☒) Consciente (☒) Orientado () Desorientado () Comatoso () Sonoento () Sedado () Torporoso
ESCALA DE COMA GLASGOW: _____

c) ASPECTO EMOCIONAL: (☒) Calmo () Tenso () Agitado () Apático () Eufórico
() Agressivo () Triste () Outra alteração Qual: _____

d) AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS

Perda de peso nos últimos 3 meses: (☒) Não () Sim, Peso perdido: _____ (Kg)
Histórico de: () Sonda () Gastrostomia () Nefropatia Obesidade mórbida: "I" (IMC > 50 Kg/m²)
(☒) Não se aplica

2 ÍTEM POSITIVOS
ACIONAR
NUTRIÇÃO
(Atenção: Nutrição)



7) CADELA

Couro Cabeludo: () Sem anormalidades () Ferimento () Hematoma Alterações:

Face: () Simétrica () Assimétrica () Ferimento () Hematomas

Nariz: () Simétrico () Assimétrico () Sem anormalidades () Secreção () Lesão () Epistaxe

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () Reativa () Areativas () Mióticas () Midríaticas
() Puntiformes () Médias

Olhos: () Normal () Hemorragia () Icterícia de esclerótica () Baixa acuidade visual () Lentes corretivas
() Processo inflamatório/infeccioso

Ouvidos: () Normal () Otorragia () Lesão Outros:

Boca: () Sem anormalidades () Cáries () Falhas dentárias () Prótese () Lesão

f) SISTEMA RESPIRATÓRIO

Padrão: () Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispnéico

() Tiragem intercostal () Traqueostomizado () TOT () VM

() Macronebulização () O2 sob cateter nasal () O2 venturi

Ausculta: Murmúrio vesicular () Presente () Diminuído () Ausente

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores () Tosse

Tipo:

Alterações:

ACIONAR O
FISIOTERPEUTA
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR TIRAGEM
INTERCOSTAL

g) SISTEMA CARDIOVASCULAR

Perfusão Periférica: () Normal () Diminuída () Cianose Outros:

Ausculta cardíaca: () Normal () Bradicardia () Taquicardia Ritmo: () Regular () Irregular

Acesso Venoso: () Sim () Não Qual:

Faz uso de marcapasso: () Sim () Não Há quanto tempo:

h) SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdomen: () Flácido () Tenso () Plano () Globoso () Simétrico () Assimétrico () Escavado () Distendido
() Timpânico () Doloroso

Ruidos Hidroaéreos: () Ausente () Presente, tipo: () Hiperativos () Hipoativos

Estomias: () Não () Sim Qual:

Tipo de Dieta: () Enteral () Parenteral Vias: () Oral () SNG () SOG () SNE () Jejunostomia () Gastrostomia

Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcialmente

Eliminação: Intestinal: () Normal () Constipação () Diarréia () Melena () Enterorragia () Obstipação

i) MUSCULO ESQUELÉTICO

Locomoção: () Sem auxílio () Com auxílio, Qual dispositivo? () Muleta () Andador

Utiliza prótese/órtese? () Não () Sim Tipo:

Sensibilidade: () Não () Sim Tipo: () Parestesia Qual lateralidade?

Deficit motor: () Não () Sim Tipo: () Hemiplegia () Hemiparesia () Direito

() Esquerdo () Tetraplegia () Paraplegia

Rigidez: () Rígido () Flácido () Direito () Esquerdo

Imobilização: () Não () Sim Lateralidade?

Imobilização os quatro membros: () Sim () Não

Risco de queda: () Sim () Não

ACIONAR O
FISIOTERPEUTA
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR PARESIA
E/OU HEMIPARESIA

SISTEMA TEGUMENTAR

Pele: () Inteira () Desnuda () Hidratada () Desidratada () Normocorada () Hipocorada () Icterícia () Eritema

Lesionada Local: () Sim () Não Escala de Braden:

Classificação: 1 () 2 () 3 () 4 () Inclassificável ()

Risco de pele

APARELHO GENITOURINÁRIO

Urina: () Espontânea () Incontinência () Retenção Urinária () Fralda

Uso de Cateter Urinário: () Não () Sim Tipo: () Sonda de alívio () Sonda de Foley () Cistostomia

() Ardência () Leucorréia () Prurido () Disúria () Oligúria () Anúria () Hematúria

DE SONO: () Sim () Não



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Francisco Alves de Sousa
Prontuário: _____ Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____
Cartão do SUS: _____

Observação: caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo:

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Edmilson Santos Ribeiro
Estado Civil: _____ Nascimento: ____/____/____ RG/CPF: _____
Parentesco: _____ Residente em: _____

Eu, _____

(paciente/responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença _____

devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina(PI), _____ de _____ de 20 ____.

Edmilson dos Santos Ribeiro
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Assinatura do Médico Responsável - CRM

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 86-3221-3040





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

Dados do Paciente		
Nome: FRANCISCO ALVES DE SOUSA	Nascimento: 13/09/1953	Estado Civil: Solteiro
Prontuário: 347443		
Cartão SUS: 898005143432601		

Observação: Caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo.

Representante / Responsável Legal	
Nome: JAKSON DE OLIVEIRA NUNES	CPF:
Estado Civil: Solteiro	
Parentesco: AMIGO (A)	

Eu, _____
(paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença _____
devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), 12/03/2018

X Altton Oliveira Costa
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

[Assinatura]
Assinatura do Médico Responsável - CRM

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 86-3221-3040



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-9



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DA CLÍNICA

DATA: 14/03/18

CLÍNICA: CER	ENFER. 730	LEITO: 04	PRONTUÁRIO: 347443
NOME: Francisco Alves de Souza	NASCIMENTO: / /		IDADE:
DIAGNÓSTICO:			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA () Alerta () Vigil () Confuso () Obnubilado () Torporoso () Comatoso			
RESPOSTA MOTORA () Movimentos Ativos () Paresia () MMSS () D () E () MMII () D () E () Hipotonia () Hipertonia () Espasticidade () Plegia () MMSS () D () E () MMII () D () E			
M	RESPIRAÇÃO () Espontânea () VMI V.A.A () TOT () TQT () Plástica () Metálica		
A	PADRÃO VENTILATÓRIO ESPONTÂNEO () Mista () Apical () Diafragmático () Paradoxal		
N	AMPLITUDE () Normal () Superficial () Profunda RITMO () Normal () Anormal FR crpm		
H	OXIGENIOTERAPIA () Cateter () Venturi () Macro Aporte O2 SpO2		
À	SECREÇÃO () -/4 () +/4 () ++/4 () +++/4 ASPECTO		
AUSCULTA		HORA DO ATENDIMENTO :	
HEMODINÂMICA FC bpm PA / mmHg			
CONDUTA () Fisioterapia Respiratória () Fisioterapia Motora		CARIMBO/ASSINATURA	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ☒ Alerta () Vigil () Confuso () Obnubilado () Torporoso () Comatoso			
RESPOSTA MOTORA ☒ Movimentos Ativos () Paresia () MMSS () D () E () MMII () D () E () Hipotonia () Hipertonia () Espasticidade () Plegia () MMSS () D () E () MMII () D () E			
T	RESPIRAÇÃO ☒ Espontânea () VMI V.A.A () TOT () TQT () Plástica () Metálica		
A	PADRÃO VENTILATÓRIO ESPONTÂNEO ☒ Mista () Apical () Diafragmático () Paradoxal		
R	AMPLITUDE ☒ Normal () Superficial () Profunda RITMO ☒ Normal () Anormal FR crpm		
D	OXIGENIOTERAPIA () Cateter () Venturi () Macro Aporte O2 SpO2		
F	SECREÇÃO () -/4 () +/4 () ++/4 () +++/4 ASPECTO		
AUSCULTA		HORA DO ATENDIMENTO :	
HEMODINÂMICA FC bpm PA / mmHg		Denise Alina Pereira Cardoso Fisioterapeuta CREFITO 14/142.404-P	
CONDUTA ☒ Fisioterapia Respiratória ☒ Fisioterapia Motora		CARIMBO/ASSINATURA	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA () Alerta () Vigil () Confuso () Obnubilado () Torporoso () Comatoso			
RESPOSTA MOTORA () Movimentos Ativos () Paresia () MMSS () D () E () MMII () D () E () Hipotonia () Hipertonia () Espasticidade () Plegia () MMSS () D () E () MMII () D () E			
N	RESPIRAÇÃO () Espontânea () VMI V.A.A () TOT () TQT () Plástica () Metálica		
O	PADRÃO VENTILATÓRIO ESPONTÂNEO () Mista () Apical () Diafragmático () Paradoxal		
AMPLITUDE () Normal () Superficial () Profunda RITMO () Normal () Anormal FR crpm			
OXIGENIOTERAPIA () Cateter () Venturi () Macro Aporte O2 SpO2			

Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA - 17/07/2019 13:09:39

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071713093841900000005438038

Número do documento: 19071713093841900000005438038

Num. 5679100 - Pág. 16

M A N H Ã	CONDUTA E OBSERVAÇÃO	

O T A R D E	CONDUTA E OBSERVAÇÃO	

N O I T E	CONDUTA E OBSERVAÇÃO	



SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHANTE



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
598024

Prontuário: 347443 Nome: FRANCISCO ALVES DE SOUSA
Endereço: AV NEGRO TEIXEIRA 0 CENTRO
Cidade: AGUA BRANCA UF: PI CEP: 64460-970

Sexo: M DT. Nasc: 13/09/1953 Idade: 64 Anos Estado Civil: S Profissão: APOSENTADO
Cadastro: 12/03/2018 Telefone: 86 -9993.55646 Cartão SUS: 898005143432601 CPF: 18443877200

Justificativa:

Patt necessita
de acompanhante

Data	Assinatura
12/03/18	X Jackson de Oliveira Nunes
13/03/18	X Jackson de Oliveira Nunes
14/03/18	X Jackson de Oliveira Nunes
15/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
16/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
17/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
18/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
19/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
20/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
21/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
22/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
23/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
24/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
25/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
26/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
27/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
28/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
29/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
30/03/18	X Arlindo Gomes da Silva
31/03/18	X Arlindo Gomes da Silva

Data: ____/____/____

Dr. Francisco das Chagas B. Sousa
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM: 329 / 977 / 16353-00
Ass. Médico Solicitante

Auditor

De acordo
14/03/18
Francisco Roberto Mendes Oliveira
Teresina - PI
CPF: 184438772000

Assinatura - CPF





HOSPITAL GETULIO VARGAS
COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRURGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRURGICA

Paciente: Franuiz de Alva de Souza

DATA DE NASCIMENTO: 13/09/53 Prontuário: 344443 Data: 21/03/18

CHECAGEM ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

CHECAGEM ANTES DA INCISÃO CIRURGICA

CHECAGEM ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

Identificação (SIGN-IN)	Responsáveis: Cirurgião (a), Auxiliar, Anestesiista, Enfermeira (o), Instrumentador(a) e Circulante
Confirmar com o paciente:	Confirmações (TIME-OUT)
Identidade (nome e Data de nascimento): (X) Sim () Não	Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função
Jejum? (X) Sim - Quantas horas? _____ () Não	Todos os responsáveis confirmaram verbalmente a(o):
Procedimento programado	(+) Identificação do paciente (nome e data de nascimento)
<u>Doença de Ulcero</u>	(+) Procedimento programado
Sítio demarcado () Sim () Não () Não se aplica	(+) Sítio Cirúrgico demarcado
Usar dispositivo médico? () Sim () Não	Placa de bisturi posicionada corretamente:
Está na sala e conferido?	(X) Sim () Não () Não se aplica
Consentimentos informados preenchidos e assinados:	A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos?
Para a anestesia () Sim () Não	(X) Sim () Não () Não se aplica
Para a cirurgia (X) Sim () Não	Antecipação de eventos críticos:
Exames de imagens essenciais estão disponíveis?	Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica prevista?
(X) Sim () Não () Não se aplica	() Sim - Qual?
Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário):	
() Sim () Não	
Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis na sala?	
() Sim () Não	
Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando?	
() Sim () Não	
O paciente possui alergia?	
() Sim (X) Não	
Quais? <u>NENHUMA</u>	
O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração?	
() Sim () Não	
Equipamentos para assistência disponíveis? () Sim () Não	
O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (cirurgia > 7 ml/kg)? () Sim () Não	
Tem acesso endovenoso adequado (X) Sim () Não	
Tem reserva de sangue	
(X) Sim () Não	
Cirurgião <u>Dr. Justiano Cássia</u> <u>(X) Não</u>	
Instrumentador (a) <u>Guelline</u>	
Circulante <u>Rosiele</u>	
Enfermeira (o) <u>Enfermeira</u>	

MOD. 153-HGV

Dr. Justiano Cássia

Anestesiista

Instrumentador (a)

Circulante

Enfermeira (o)



Prefeitura Municipal de Água Branca Piauí
Secretaria Municipal de Saúde de Água Branca - Piauí
HOSPITAL MUN. SENADOR DIRCEU MENDES ARCOVERDE
CNPJ: 03.022.123/0001-02

SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA PACIENTE

Internado ()

Urgência (x)

Enf: _____ Leito: _____

Paciente: Francisco Alves de Sousa

HEMATOLOGIA

() Hemograma () Contagem de plaquetas () VHS

BIOQUIMICA

() Glicose () Col. Total () Triglicérides () Lipidograma
() Colesterol total e frações () Uréia () Creatinina
() Ácido Úrico () Amilase () Fosfatase Alcalina
() Transaminases () Bilirrubina

IMUNOLOGIA

() VDRL () ASO () PCR () LÁTEX () ABO () HCG

PARASITOLOGIA E URINALISE

() Parasitológico de fezes () Sumário de urina

MICROBIOLOGIA

() Baciloscopia

OUTROS (descrever aqui):

Dx Sangu e
RA no D.

DATA

07/08/18

Ass. Carimbo Médico Solicitante.

Avenida Jose Miguel, 1375 - centro - Água Branca - Piauí - CEP: 64.460-600





SUMÁRIO DE ALTA

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
608984

Paciente:	FRANCISCO ALVES DE SOUSA			Idade:	64 Anos 6 Meses 9 Dias	Sexo:	M	Prontuário:	347443
Endereço:	AV NEGO TEIXEIRA			Nº:	0	Bairro:	CENTRO	Cidade:	AGUA BRANCA
UF:	PI	DT. Nasc:	13/09/1953	Profissão:	APOSENTADO	Telefone:	86 - 9993.55646	CPF:	184.438.772-00
						Cartão SUS:	898005143432601		

Internação:	Alta	Permanência:
21/03/2018	23/03/18 às	08h03

Diagnósticos:

CID Principal: 9 4 2 3

CID Secundário: W 0 1 9

CID Causa Morte:

Situação na Admissão:

Evolução e Situação na Alta: 1 paciente pós-operatório de

Medicações Utilizadas: cefalexina / Dipirona

Cirurgia: Data: 21/03/18 Tipo:

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência:

Retorno com seguimento 15 dias

Tipo de Alta: ☐ 1.1.1. Curado ☐ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☒ 1.5. Alta com prev. retorno ☐ 1.6. Evasão
☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac.agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ 5. Administrativo

Transferência:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

Dr. Justiano Cacia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Artroscopia
CRM-PI 3312

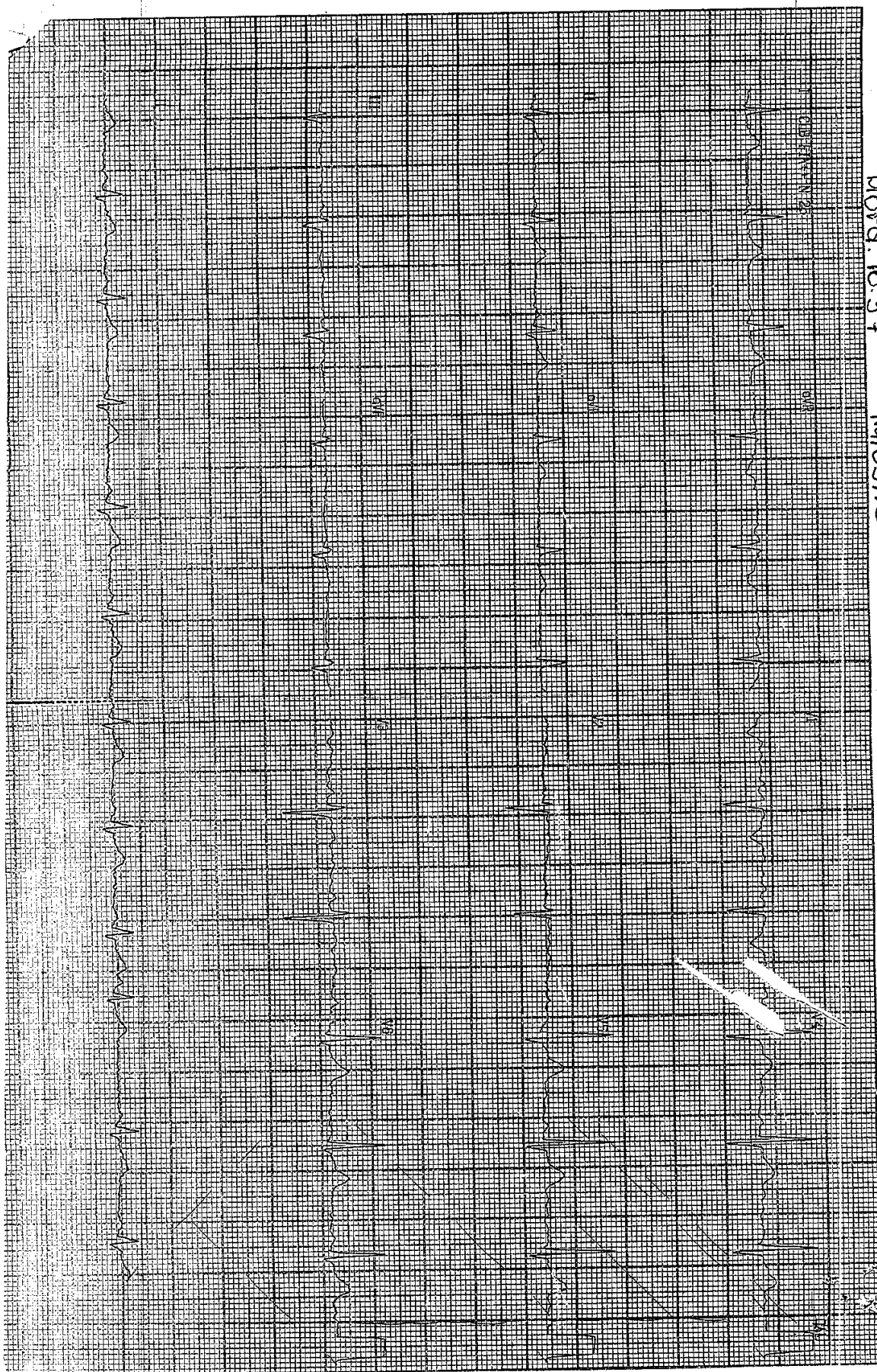


Francisco Alves de Sousa

649

hora: 16:37

14/03/18



Cópia de prontuário / MAT 215063-2
Edna Maria Andrade Silva



SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
598024

Paciente:	FRANCISCO ALVES DE SOUSA			Idade:	64 Anos 5 Meses 27 Dias		Sexo:	M	Prontuário:	347443
Endereço:	AV. NEGO TEIXEIRA			Número:	0	Bairro:	CENTRO	Cidade:	AGUA BRANCA	
UF:	DT. Nasc:	Profissão:	Telefone:	CPF:	Cartão SUS:					
PI	13/09/1953	APOSENTADO	86 - 9993.55646	184.438.772-00	898005143432601					

Internação:	12/03/2018		Alta	20, 03, 18 às 21, 103		Permanência:	
-------------	------------	--	------	-----------------------	--	--------------	--

Diagnósticos:					Situação na Admissão:				
CID Principal::	☐	☐	☐	☐	Saúde com fratura de ulna				
CID Secundário:	W	0	1	9					
CID Causa Morte:	☐	☐	☐	☐					

Evolução e Situação na Alta:	Saúde em bom, sem dor, em						
------------------------------	---------------------------	--	--	--	--	--	--

Medicações Utilizadas:							
------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Cirurgia: Data:	21, 03, 18	Tipo:	Osteossíntese de ulna
-----------------	------------	-------	-----------------------

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência:	Acompanhamento Ambulatorial						
---	-----------------------------	--	--	--	--	--	--

Tipo de Alta:	☐ 1.1.1. Curado	☐ 1.2. Melhorado	☐ 1.4. Pedido	☒ 1.5. Alta com prev. retorno	☐ 1.6. Evasão	☐ 1.8. Outro Motivo	☐ 1.9. Alta pac.agudo	☐ 3. Transferência	☐ 4. Óbito	☐ 5. Administrativo
---------------	--	---	--------------------------------------	---	--------------------------------------	--	--	---	-----------------------------------	--

Transferência:	(27)						
Vaga cedida por:							
Transporte:							

Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3918 / RPP: 13135

Nome:							
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente							



00
0

00
000
000
000
000
000
000
000
000
000
000
000
0

HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCOVERDE

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (sem abreviações): FRANCISCO ALVES DE SOUSA
Data Nasc: 13 / 09 / 1953
Filiação: MÃE (completo e sem abreviações) MARIA TERESA DE SOUSA
PAI: ZACARIAS TITO ALVES DE SOUSA
Sexo: Masc ☒ Feminino ☐ Raça/Cor: _____ Telefone () _____ IBGE MUN: 2200202
Endereço completo: AV. NÉCIO TEIXEIRA, 90 Nº. _____
Bairro: CENTRO Município: ÁGUA BRANCA CEP: 64460-000
Nacionalidade: _____ Nome do Munic. de Nascimento: ALTO LONGA UF: PI

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

TIPO: CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS (OBRIGATÓRIO) Nº. 898005143432601
☒ RG Nº 4498838 ORGÃO EMISSOR: SSP/PI DATA EMISSÃO: 30/11/2016
☐ CPF: Nº. _____ CERT. NASC. OU CASAMENTO Nº. _____ LIVRO: _____
NOME DO CARTORIO: _____

Histórico Clínico:

Paciente vítima de
Acidente de trânsito
da via pública - MMA

Exames Físicos:

Exame físico normal
apresentando apenas
feridas superficiais

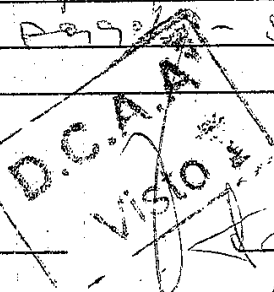
Hipótese Diagnóstica:

Fratura de um dos membros superiores

Tratamento Solicitado:

medicação - analgésico e antibiótico
S. P. - S. P. - S. P.

Dr. Francisco Alves de Holanda
Médico
CRM 2075



Água Branca (PI), 25/02/2018

Assinatura e Carimbo Médico

Ass. do Paciente ou impressão digital

O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA





Mais desenvolvimento pro nosso povo C.N.P.J. 03.022.132/0001-02

Francisco Alvaro de Solva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUA BRANCA

HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCO VERDE

Data: 26 / 2

Enf

Leito

SECRETORIA
SEGUROS
18
12 FEB 2019

D.C.A.A.
Visto

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
	# fratura de úmero (E) #		AS 15. ind. melhora, porém não unde, de antebraço no joelho
1.	500g. 500ml em + 10% 15min	12:15	PA = 160/70mmHg. PA = 110 x 60 mm Hg.
2.	Dipnóico - 1000ml + 100 em 616h	13:15	PA = 110 x 60 mm Hg.
3.	Dipnóico - 1000ml em 12/12h	14:15	PA = 110 x 60 mm Hg.
4.	Ground 100mg em	15:15	PA = 110 x 60 mm Hg.
	500g. 500ml		PA = 110 x 60 mm Hg.
	leito + 1000ml	16:15	PA = 110 x 60 mm Hg.
	Transfusão de		PA = 110 x 60 mm Hg.
	1000ml		PA = 110 x 60 mm Hg.

Francisca Auridéia Gonçalves
Tec. em Enfermagem
COREN - PI 1085.111

Marcelo Lopes da Silva
TCC de Enfermagem
COREN - PI 1 095 335



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCO VERDE
Mais desenvolvimento pro nosso povo C.N.P.J. 03.022.132/0001-02

Data: 27/02/2019

Enf:

Leito: 409

DPV CORRETORA DE SEGUROS

12 FEV 2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
01	Insulina		Insulina 40 unidades
02	500 mg		500 mg
03	Insulina		Insulina 40 unidades
04	Insulina		Insulina 40 unidades
05	Insulina		Insulina 40 unidades
06	Insulina		Insulina 40 unidades
07	Insulina		Insulina 40 unidades
08	Insulina		Insulina 40 unidades
09	Insulina		Insulina 40 unidades
10	Insulina		Insulina 40 unidades
11	Insulina		Insulina 40 unidades
12	Insulina		Insulina 40 unidades
13	Insulina		Insulina 40 unidades
14	Insulina		Insulina 40 unidades
15	Insulina		Insulina 40 unidades
16	Insulina		Insulina 40 unidades
17	Insulina		Insulina 40 unidades
18	Insulina		Insulina 40 unidades
19	Insulina		Insulina 40 unidades
20	Insulina		Insulina 40 unidades

D.C.A. 11/10



SENHA: 2018 0225 549478

ortopedias - cirurgia II
enf - 230/04

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO TRANSFERÊNCIA

DATA: 25/02/18 HORA: 14:25 Nº DO TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: HNSOMAV MUNICIPIO: Água Branca
MÉDICO: Wl Holanda CRM: 2075

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Francisco Alves da Silva Sousa Proc. 0408020334 CID 542.7

Data de Nascimento: 13.09.53 Idade: _____ anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: 89800514343.2601

Município de Procedência: Água Branca - PI

HDA: Paciente vítima de acidente de motorista -
de trânsito - vítima de acidente de trânsito -
de trânsito - vítima de acidente de trânsito -
de trânsito - vítima de acidente de trânsito -

HD: Fratura do osso espinal 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

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm PA: _____ 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

Dr. Francisco Roberto Mendes Oliveira
CRM 2075

HGV/SERVIÇO SOCIAL

Autorizo abertura de prontuário
Teresina, 12/03/2018

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: H.G.V

Senha: 2018 0225 549478

12/03/2018

347

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Cirurgia

230-4

Francisco Alves de Sousa

TE. 20.07.18

MAIO 2018

Dre Themistocles

INTERNAÇÃO REGULAÇÃO

PRONTUÁRIO MÉDICO

Alta no
23.03.18

ALTA EFETIVADA NO SISTEMA 23/03/18

AUDITORIA
CONFERÊNCIA
14/05/18

OLTOP

AUDITORIA
CONFERÊNCIA
04 JUN 2018





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPI**

AIH : 221810102859-4

Orgão Emissor: M22100001

Orgão Emissor: M22100001

AIH : 221810102859-4
UNI : HGV

FRANCISCO ALVES DE SOUSA

NASCIMENTO
13/09/1953

D.LIBERA: 04/04/2018

DT. LAUDO : 12/03/2018

PROCED. : 0415010012 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS

OP.SIST: GILDETE

CID : 5427

ASS. Responsável: JESUS SOUSA

Ass. Responsável: JESUS SOUSA
CPF: 088.782.1834
RG: 44988-18

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Identificação do Paciente

5 - Nome: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

6 - Prontuário: 347443

7 - CNS: 898005143432601

8 - Nascimento: 13/09/1953

9 - Sexo: M

CPF: 184.438.772-00

11 - Mãe: MARIA TERESA DE SOUSA

12 - Fone: 86-9.99355646 / 999477104

13 - Resp: JAKSON DE OLIVEIRA NUNES

14 - Cor: sem ident

15 - Enderr: AV NEGRO TEIXEIRA

19 - CEP: 64460-970

16 - Munic: AGUA BRANCA

0 CENTRO

17 - Cod. IBGE: 220020

18 - UF: PI

RG: 44988-18

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Trauma aberto em dor e
perda funcional

21 - Condições que justificam a internação:

necessário intervenção cirúrgica

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Amo. Ex. foto T. neg.

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S427

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURAS MÚLTIPLAS DA CLAVÍCULA, DA OMOPLATA [ESCAPULA] E DO UMERO

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020334 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO

29 - Clínica:

30 - Carater.: 02

Ident.: 1

31 - Documento: CPF

32 Doc. Med. Solic. 38673924391

33 - Nome Profissional / Assistente
THEMISTOCLES RAMOS NETO

34 - Data de Solicitação:
12/03/2018

35 - Ass. Carimbo Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N°. Bilhete.

41 - Serie

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47 - Data Autorização:

48 - Documento

49 - Núm. Documento

Ass. Responsável: JESUS SOUSA
CPF: 088.782.1834
RG: 44988-18

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Jakson de Oliveira Nunes

Usuário: JESUS.SOUSA
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão 18:09:59





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AIH : 221810102563-5
UNI : HGV

Orgão Emissor: M22100001

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

5 - Nome: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

7 - CNS: 898005143432601

8 - Nascimento: 13/09/1953

9 - Sexo: M

11 - Mãe: MARIA TERESA DE SOUSA

12 - Fone: 86-9.99355646 / 999477104

13 - Resp:

14 - Cor: sem ident

15 - Ender.: AV NEGÓ TEIXEIRA

0

CENTRO

19 - CEP: 64460-970

16 - Munic: AGUA BRANCA

17 - Cod. IBGE: 220020

18 - UF: PI

RG: 44988-18

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente sofreu dor no ombro

21 - Condições que justificam a Internação:

fratura de umero

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Rao x

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S423

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DA DIAFISE DO UMERÓ

Procedimento Solicitado

27 - Procedimento Solicitado:

0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERÓ

29 - Clínica:
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

30 - Carater.:
02

Ident.:
1

31 - Documento:
CPF 69360448320

32 Doc. Med. Solic.
69360448320

33 - Nome Profissional / Assistente
JUSTIANIO CACIO LEAL TEIXEIRA

34 - Data de Solicitação:
21/03/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N°. Bilhete.

41 - Serie

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetos.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

02/04/18

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimb. (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: RAIMUNDA VIDAL
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão 10:03:32





Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



Orgão Emissor: M221100001

SECRETA
HOSPI

AIH : 221810102859-4
UNI : HGV

26971

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

FRANCISCO ALVES DE SOUSA

CNS: 898005143432601

DATA

D. LIBERA: 04/04/2018

DT. LAUDO: 12/03/2018

RAÇA/COR:

ETNIA

PROCED.: 0415010012 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPAS

OP. S157: BILDETE

CID: S427

NOME DA MÃE: MARIA TERESA DE SOUSA

RESPONSÁVEL: JAKSON DE OLIVEIRA NUNES

ENDEREÇO: AV NEGO TEIXEIRA

MUNICÍPIO: AGUA BRANCA

UF: PI

CEP: 64460970

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERU

COD. PROCEDIMENTO

0408020334

COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO

TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPAS

COD. PROCEDIMENTO

0415010012

CID PRINCIPAL

FRATURAS MÚLTIPAS DA CLAVICULA, DA OMOPLATA [ESCAPULA] E DO UMERU

CID SECUNDARIO

CID REL. PROCED

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO

QTD

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

SOLICITO MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PARA 0415010012.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

4.13.04.017-8 - L97: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA;

*04.08.06.016-6 - M866: OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

MARCELO LOPES MACHADO

DATA SOLICITAÇÃO

15/03/2018

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☒ CPF ☐ 980016293715522

Dr. José de Sampaio
CRM-PI 4370 / CRM-MA 9345
EOT 13855 / CNS 980016293715522
Ass. e Carimbo
(Nº do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA - 17/07/2019 13:09:39

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071713093841900000005438038

Número do documento: 19071713093841900000005438038

Num. 5679100 - Pág. 32



Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA PRONT.: 0000347443 ATEND.: 0000598024
CNS: 898005143432601 DATA NASCIMENTO: 13/09/1953 SEXO: Masculino
RAÇA/COR: ETNIA DO PACIENTE: CPF: 18443877200
NOME DA MÃE: MARIA TERESA DE SOUSA FONE: 999355646
RESPONSÁVEL: JAKSON DE OLIVEIRA NUNES FONE: 999355646
ENDEREÇO: AV NEGO TEIXEIRA N.º: 0
MUNICÍPIO: AGUA BRANCA UF: PI CEP: 64460970

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR	COD. PROCEDIMENTO
COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO	COD. PROCEDIMENTO null
CID PRINCIPAL	CID SECUNDARIO
CID REL. PROCED.	null

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☒ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	PROCEDIMENTO 0415010012	QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR	PROCEDIMENTO 0802010199	QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL DIARIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS C/ PERNOITE	PROCEDIMENTO 0802010040	QTD 8
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD

JU ICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

PCTE. NECESSITA DE PERMANENCIA E ACOMPANHANTE.

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

----------------------	----------------------

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

Dr. Francisco Roberto Mendes Oliveira
Carimbo
(Nº do registro do conselho)
CRM-PI 17309384

AUTORIZAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

		14/07/19
----------------------	----------------------	----------

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo
Dr. Francisco Roberto Mendes Oliveira
Carimbo
(Nº do registro do conselho)
CRM-PI 17309384



- (1) OSTEOTOMIA (osteomielite) ossos pe (1) — 040806016-6
 (2) DESBRANQUEAMENTO LESÕES EXTENSAS e PERDA DE
 SUBSTÂNCIA pe (1) — 0413040178

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: _____ LEITO: 230-04 PRONTUÁRIO 347 443
 NOME: P^o Alva de Sousa DATA NASC: 1/1
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: - Fratura Base 5^a metatarsal pe (1) e osteomielite
 - Externos fluentes pe (1)

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Osteotomia + debridamento pe (1)
 CIRURGIÃO: Marcelo Lopes Nº SALA 12
 AUXILIARES: P^o de Sampaio CRM: PI:
 INSTRUMENTADOR(A): Fátima CIRCULANTE: Antonia

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: (1) P^o de Sampaio DTH Adm Anestesi (2) Injeção 2g, 5r
 (3) Clavícula + apê (4) Antalgico + Analgésico pe (1) (5) debridamento pe.
 debridamento pe (1) (6) Osteotomia Base 5^a MET - OMC (7) Lave e SPO. 8r.
 OR (8) Curativo (9) Bca perf. dável.

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Não houve - Rmccos, fexleron 4.25. PDD
nulo exponção e
menor de
acorde

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: P^o - osteotomia + debridamento Anest. pe (1)
 PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM (X) NÃO ESTIMADA ML
 PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: (X) SIM () NÃO QUAL? cultura reueu

DATA 15/03/2018 HORA _____

Dr. Marcelo Lopes
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM-PI 13946

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

MOD. 14 - MG

UBS: Colhado natural p/ cultura

- (1) OSTEOTOMIA (osteomielite) ossos pe (1) — 040806016-6
 (2) DESBRIDAMENTO LESÕES EXTENSAS e PERDA DE
 SUBSTÂNCIA pe (1) — 0413040178

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: LEITO: 230-04 PRONTUÁRIO 347 443

NOME: Pco Alvaro de Sousa DATA NASC: 1/1

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: - Fratura Base 5ª metatarso pe (1) e/osteomielite
 - Externo fluentes pe (1)

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Osteotomia + debridamento pe (1) Nº SALA 12

CIRURGIÃO: Marcelo Lopes CRM PI: 13945

AUXILIARES: Jor de Sampaio

INSTRUMENTADOR(A): Fátima CIRCULANTE: Antonia

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: (1) P de 1/2 DTH Adm Anestesi (2) Injeção 2g, 5v
 (3) Clavícula + apê (4) Antalgico + Analgico pe (1) (5) Debridamento tec.
 de necrose pe (1) (6) Osteotomia Base 5ª MT-D - OMC (7) Linc e 1 spon. 8v
 OR (8) Costuro (9) Bca perf. dural.

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Não houve

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Pci - osteotomia + debridamento Injeção pe (1)

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM (X) NÃO ESTIMADA ML

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: (X) SIM () NÃO QUAL? cultura reueup

DATA 15/03/2018 HORA

Dr. Marcelo Lopes
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM-PI 13945
 CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

MOD. 114 - MG-V UBS: Colhado material p/ cultura

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

PACIENTE:		LEITO DE RECUPERAÇÃO:					
DATA: 15/02/18		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A.: 10:50					
CIRURGIA REALIZADA:		ALERGIA A:					
TIPO DE ANESTESIA: Raquia + sedação							
SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'		
P.A.	102/62 (75)					113/63	
F.C./PULSO	50					63	
TEMPERATURA							
OXIMETRIA	98%					97	

EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	ADMISSÃO	30'	SAÍDA	ESCALA DA ESCALA DA DOR
CONSCIÊNCIA				
Completamente acordado = 2	1		2	
Desperta ao chamado = 1				
Não responde ao chamado = 0				
ATIVIDADE MOTORA				
Mova 4 extremidades = 2	1		2	
Mova 2 extremidades = 1				
Não movimenta = 0				
RESPIRAÇÃO				
Profunda ou tosse livremente = 2	2		2	
Limitada, dispnéia = 0				
Apnéia = 1				
CIRCULAÇÃO (PA)				
20% do nível pré-anestésico = 2	2		2	
20 - 49% do nível pré-anestésico = 1				
50% do nível pré-anestésico = 0				
SpO ₂				
Mantém SpO ₂ > 92% em ar ambiente = 2	2		2	
Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂ = 1				
Mantém SpO ₂ < 90% em O ₂ = 0				
TOTAL DE PONTOS	8		10	
APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS				

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM:

42hs. Paciente no 1º dia de pós-operatório, com dor moderada, controlada com analgésicos, sem náuseas, vômitos, diarreia, febre, com S.O. estáveis, evoluindo para alta.

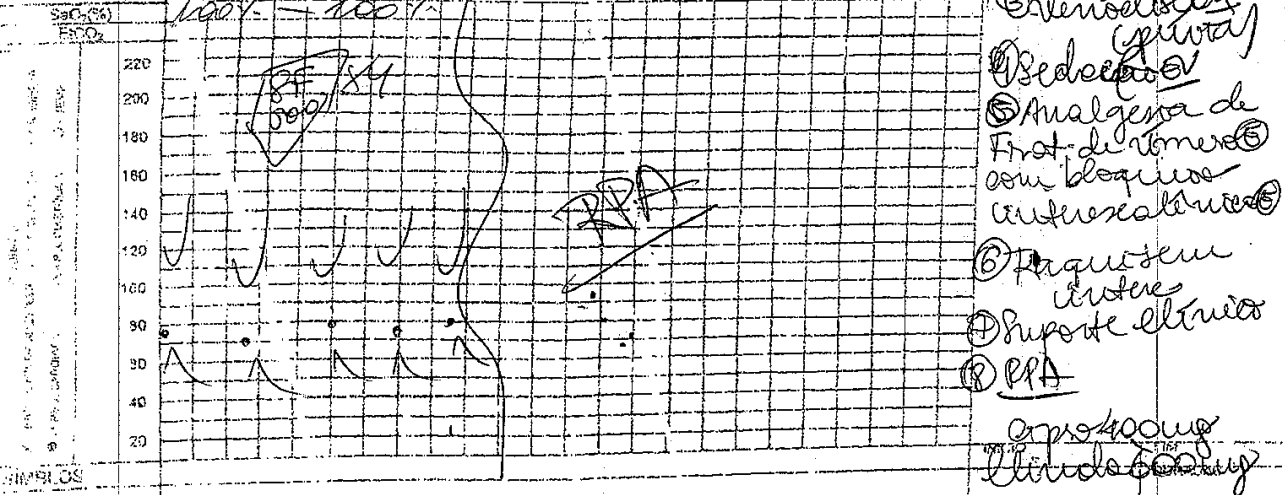
Lívia Barbosa Félix
COREN-PI 96507 - ENF

Entregue:	() EX. LABORATORIAIS	() RX	() RECEITA MÉDICA	() ATESTADO MÉDICO	() F. NÃO PADRONIZADO
Encaminhado a:	() UTI	() R.	() ENFERMARIA	() EXTERNO	

Anestesiologista - CRM



PACIENTE	Francisco Alves de Sousa				DATA DE NASC.	1 / 1	IDADE	PESO	SEXO
PROCEDIMENTO	Desbridamento de PPD						ESTADO FÍSICO		
PRIMAÇÃO E TERCELA	RESPIRATÓRIO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS				
120 + 70	60bpm 99%								
ROSEOLINA	HUMIDIFICADO	GLICEMIA	UREIA	CREATININA					

[illegible]

SEQUÊNCIA

- ① gimnásio
- ② montar
- ③ entrevista
(pivô)
- ④ desceço
- ⑤ Amalgama de
Frut. de Umea
com bloques
universitários
- ⑥ Paquetem
crônes
- ⑦ Suprte. Umea
- ⑧ RPA

aprox 400mg
Umea 600mg

NOME DO PACIENTE: ROQUE, Adolfo
 NOME DO MÉDICO: Dr. Carlos A. Apellido de Melo
 NOME DO ENFERMEIRO: Ana Elvira

☒ ECG ☐ PVC ☒ Oxigênio ☐
☐ PAM ☒ PANI ☐ Capnógrafo ☐

GASES	l/min	Início	Fim	Temperatura
Oxigênio	6			
Ar Medicinal				

[illegible]

Anestesiologista CRM



(2) DESBRANQUEcimento LESÕES EXTERNAS E PERDA DE
SUBSTÂNCIA PE (2) - 0413040178

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

Fazer amputação?
não é etiq.

Atendimento: 598024

CLÍNICA: LEITO: 23-04 PRONTUÁRIO 342 443

NOME: Pac Alva de Sousa DATA NASC: / /

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Base 5ª metatarsal pe (2) e/osteomielite
Extensas ferimentos pe (2)

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Osteotomia + debridamento de ferimento Nº SALA 12

CIRURGIÃO: Marcelo Lopes CRM: PI: 105812/2015

AUXILIARES: 1º José de Sampaio 2º

INSTRUMENTADOR(A): Játima CIRCULANTE: Antonia

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: (1) P. de base da 5ª metatarsal (2) debridamento fer. de osteomielite (3) debridamento fer. de osteomielite (4) debridamento fer. de osteomielite (5) debridamento fer. de osteomielite (6) debridamento fer. de osteomielite (7) debridamento fer. de osteomielite (8) debridamento fer. de osteomielite (9) debridamento fer. de osteomielite

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Não houve

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Pac - osteotomia + debridamento fer. de osteomielite

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM (X) NÃO ESTIMADA ML

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: (X) SIM () NÃO QUAL? cultura revascular

DATA 15/03/2018 HORA

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

MOD. 14 - HGV

URS: Colhido material p/ cultura

608984



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

NOME: Francisco Almir de Sousa SEXO ☒ M ☐ F Idade: 64a Data Nas: 31/09/53
Cirurgia Proposta: fratura de tíbia + fratura de fêmur
Cirurgião: _____

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

SISTEMA CARDIOVASCULAR	☐ HAS	☐ Palpitação	☐ Edema MMII	☐ Dor precordial	☐ Marcapasso	☐ Varize:
SISTEMA RESPIRATÓRIO	☐ Dispnéia	☐ Tosse	☐ Asma	☐ Cianose	☐ Hemoptise	☐ Apnéia
SISTEMA DIGESTIVO	☐ Dor epigástrica	☐ Gastrite	☐ Refluxo	☐ Hepatite	☐ Cirrose	
SISTEMA UROGENITAL	☐ Disúria	☐ Poliúria	☐ Dor lombar	☐ DUM (mulher)		
SISTEMA ENDÓCRINO	☐ Diabetes	☐ Doenças da tireóide				
SISTEMA HEMATOLÓGICO	☐ Anemia	☐ Sangramentos	☐ Transfusão sanguínea			
SISTEMA IMUNOLÓGICO	☐ Alergias	☐ Herpes	☐ Transfusão sanguínea			
SISTEMA LOCOMOTOR	☐ Fraq. muscular	☐ Dor articular	☐ Patol. coluna	☐ Déficit locomoção		
SISTEMA NEUROLÓGICO	☐ Convulsão	☐ Desmalo	☐ Cefaléia	☐ Parestesias		

OBS: _____

Medicamentos em Uso: insul

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

Cirurgias / Anestesias anteriores: insul
Intercorrências: _____
Hemotransfusão: _____
Antecedentes Familiares: ☒ Tabagismo ☒ Etilismo ☒ Uso de Tóxicos ☒ Alergias: _____

EXAME FÍSICO

Estado Físico: Boa EG: Boa Peso: _____ Altura: _____ PA: _____ FC: _____
Avaliação via aérea: _____ Mallampati: _____ Mobilidade pescoço: boa Dentes: protese Limitação ATM: ☐
Distância esterno/mento: < 12,5cm ☐ > 12,5cm ☒ Coluna Vertebral: movel sup
SCV: _____
SR: _____
Outros: _____

RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS:

HT: _____ (%) HB (g%): _____ Plaquetas (mm3): _____ TTPa: _____ TP: _____ INR: _____
Ionograma (K): _____ Na: _____ Ca: _____ K: _____ Outros: _____
Glicemia: _____ Uréia: _____ Creatinina: _____
RX do Tórax: _____
ECG: _____
Risco Cirúrgico: _____
Paracer. Cardiológico: _____
Outros Exames: _____

CONDUTA:

Liberado: ☐ SIM ☐ NÃO

ORIENTAÇÃO:

Jejum: Sim
Medicação: insul
Cuidados: _____
Anestesia Proposta: Anestesia Geral + ou Raquí e ou Bloqueio de Plexo Braquial

Data consulta: 14/03/18

Hora: 09h
Assinatura Médico / CRM / Carimbo: Manuela Ribeiro Veras

Assinatura Médico / CRM / Carimbo: _____

CRM-P: 4719





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

ANESTESIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: Francisco Alves de Sousa
Pronúncia: _____ Nascimento: 13.09.53 Estado Civil: _____
Cartão do SUS: _____

Observação: caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo:

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____
Estado Civil: _____ Nascimento: ____/____/____ RG/CPF: _____
Parentesco: _____ Residente em: _____

Eu, _____

responsável pelo paciente acima citado, que é portador da doença fratura de úmero
e fratura de pé

devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de Requiem anestesia e/ou
Requiem de Pleo traqueal e/ou Anestesia
geral

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a sua doença e ao procedimento que será submetido, tais como:

1. broncoaspiração
2. Anafilaxia
3. JAM AVCIOT
4. PCR
5. Obito

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Responsabilização está em conformidade com a Lei 8.073/90 pelo Código de Ética Médica nos seus artigos 46 e 80.

Teresina (PI), 14 de março de 2018.

Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Mônica Ribeiro Velloso
CRM-PI 4719

Assinatura do Médico Responsável - CRM

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 85-3221-3040



REQUISIÇÃO DE PARECER

230-4
64 anos

NOME:

FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

Oftalmologia

À CLÍNICA:

Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA

AVALIAÇÃO RISCO
CIRÚRGICO

DATA:

13.03.18

Lucas Corralves
TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1960

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

64 anos
Ata AP
Ata Cardiografia
Ata ausculta / dispnéia
baixo risco / Hemost. 97
AP de
ECG não encontrado
Cd: ① ECG

TA:

13.03.2018

Dr. Lucas Corralves
Cl. Médica / Cardiologia
CRM-PI 1960

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

1.11 - HGV



SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
JOÃO VARGAS

REQUISIÇÃO DE PARECER

230-4

NOME:

Francisco Roberto de Jesus

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

Otorrinolaringologia

À CLÍNICA:

Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA

AVALIAÇÃO RISCO
CIRÚRGICO

pos ECG

DATA:

14/03/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Mega valvulose

sem queixa cardiorrespiratória

Monocórdio normal

ECG = normal

Baixo Risco à intervenção
otorrinolaringológica

Dr. Antônio Carlos de Jesus



HOSPITAL GETULIO VARGAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: ROZIRENE ARAUJO SILVA

Em 23/03/2018 10:33

Paciente: 347443 - FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Idade: 64

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: THEMISTOCLES RAMOS NETO

Conselho / Número Cons.: CRM 2798

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 598024

Leito: CL CIR II RUE ENF-230 Admissão: 12/03/2018 18:06

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 396230 (FECHADO)

Responsável: ROZIRENE ARAUJO SILVA - COREN 339320 / Data de Referência: 23/03/2018

ENFERMAGEM

Data/Hora do Documento: 23/03/2018 10:33

EVOLUI COM H.D.A: FRAT. UMIRO E NO 7º DPO+ 2º DPO DE UMIRO: SEGUE LÚCIDO, EUPNÉICO, RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE SEM APORTE DE O2. FÁSICA, PELE E MUCOSAS CORADAS. REPOUSO AO LEITO, ABDOME SIMÉTRICO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. FO EM BOM ASPECTO. DIETA V.O ACEITANDO PARCIALMENTE. DIURESE ESPONTANEA PRESENTE.

ROZIRENE ARAUJO SILVA
COREN 339320

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Edna Maria de Souza Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO, MAT. 010066-2



AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
598024

Prontuário: 347443 FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Endereço: AV NEGÓ TEIXEIRA

0 CENTRO

Cidade: AGUA BRANCA

UF:PI CEP: 64460-970

Sexo: M DT. Nasc: 13/09/1953 (Idade: 64 Anos 5 Meses 27 Dias Estado Civil: S Profissão: APOSENTADO

Cadastro: 12/03/2018 Telefone: 86 9993.55646 Cartão SUS: 898005143432601 CPF: 18443877200

Pai: ZACARIAS TITO ALVES DE SOUSA

Mãe: MARIA TERESA DE SOUSA

Cônjuge:

Responsável: JAKSON DE OLIVEIRA NUNES

Endereço: ADALBERTO SANTANA

0 CENTRO

Cidade: 3159

UF:PI CEP: 64460-970

JESUS

Funcionário do SAME

Queixa Principal:

Dores no ombro (E)

H.D.A.

Paciente com fratura diafise umero (E)

Ant. Pessoais:

Nego

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Nego

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

fratura diafise umero (E)

Plano Terapêutico:

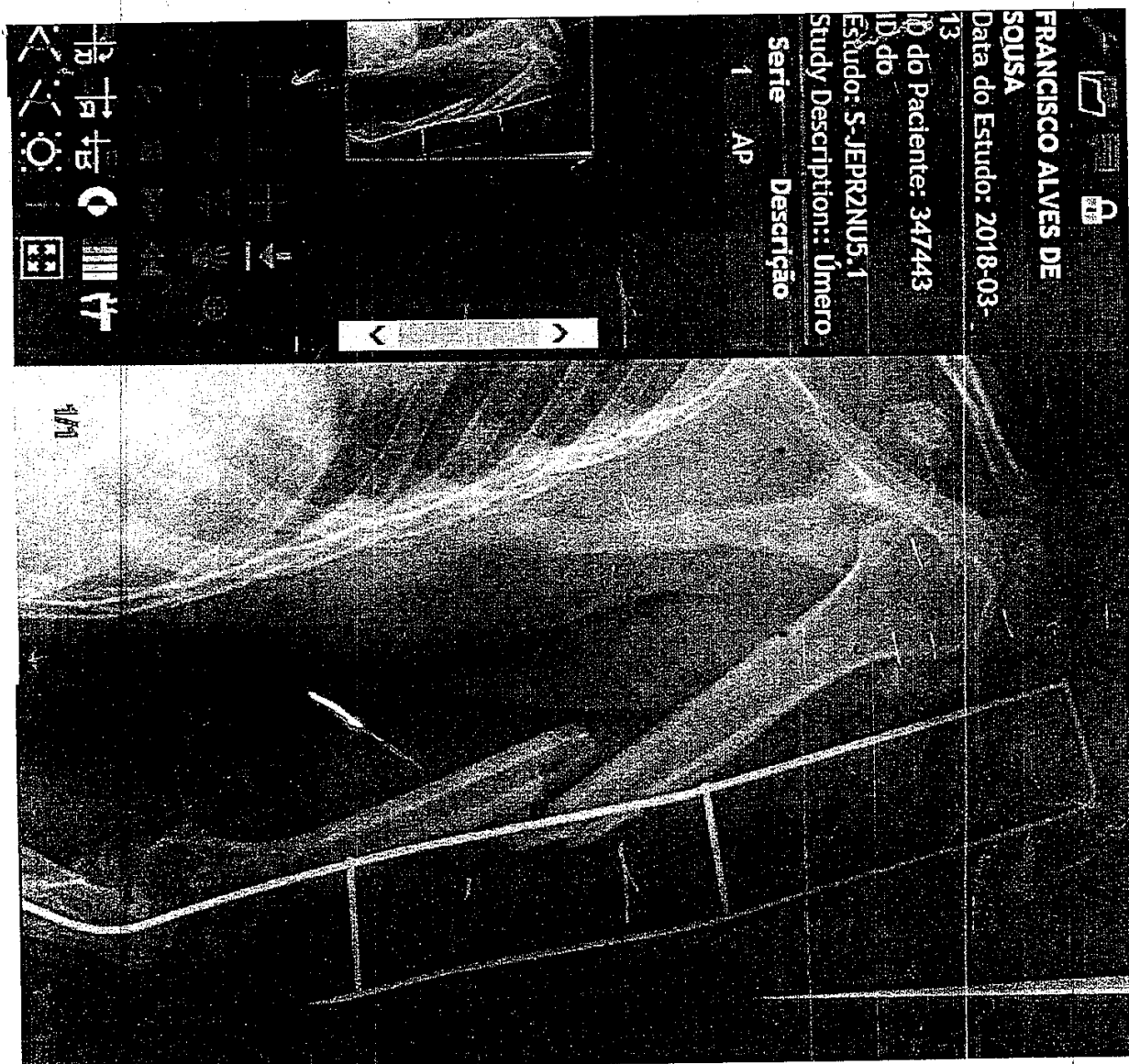
Osteossintese

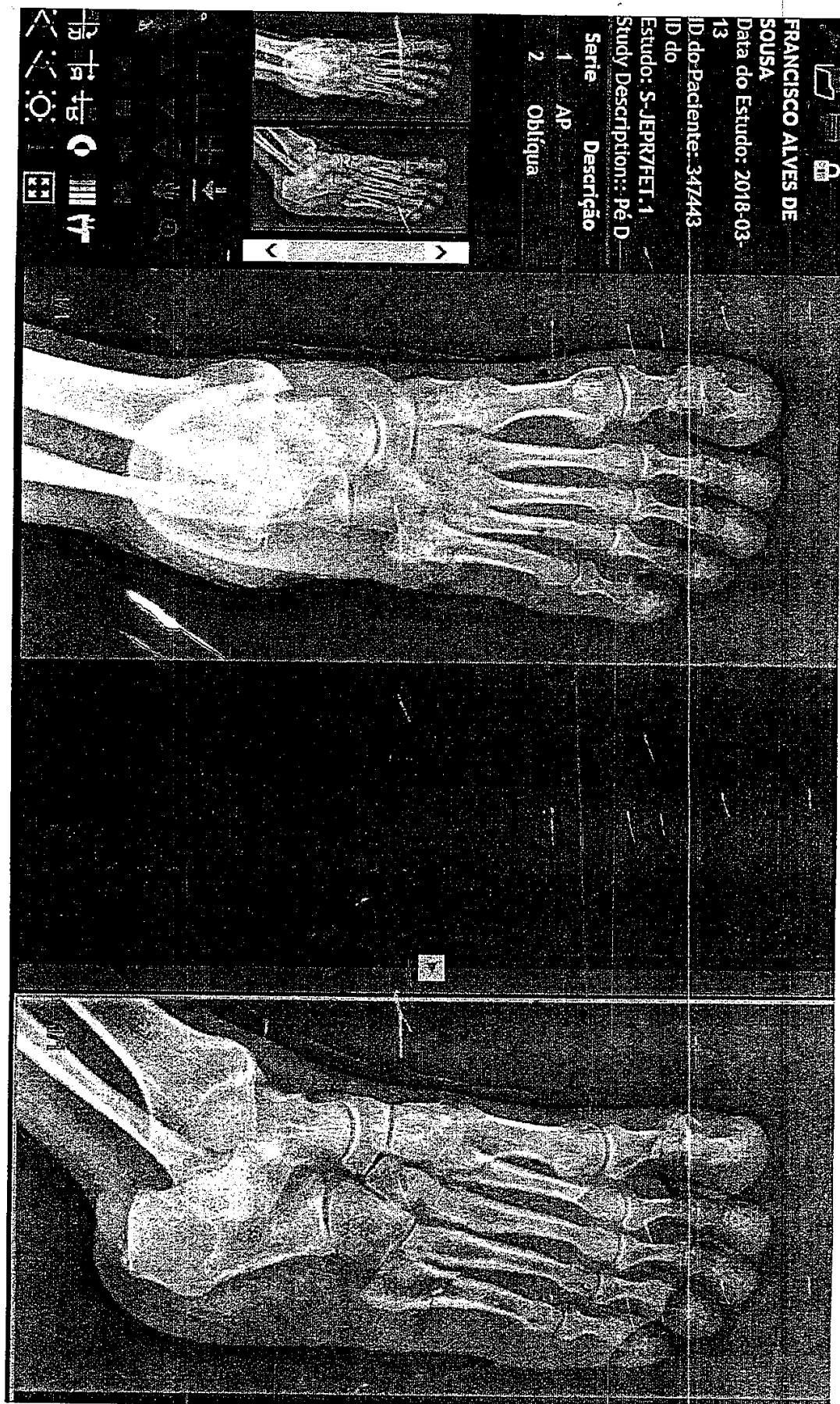
Dr. Justino Cássio
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro/Artroscopia
CRM-PI 4312

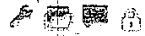
Data / Hora: / / :

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



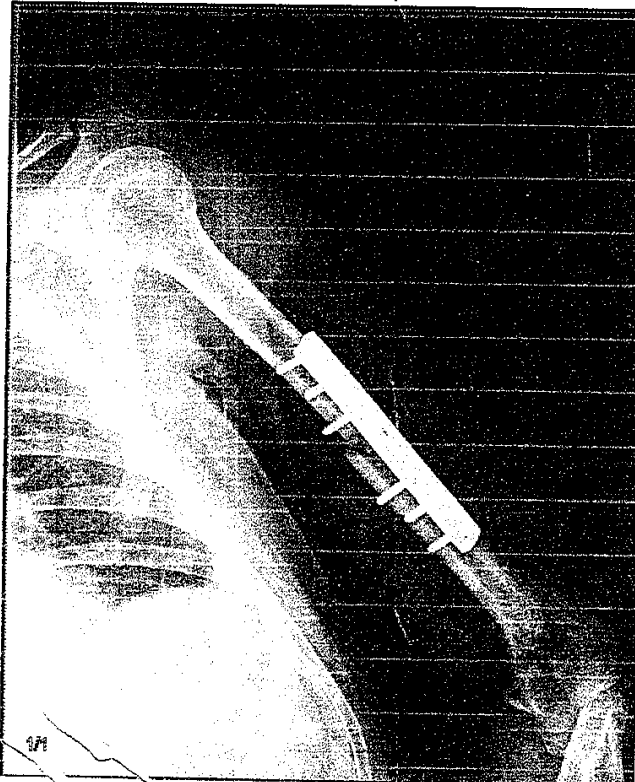




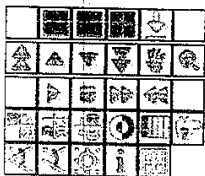


FRANCISCO ALVES DE
SOUSA
Data do Estudo: 2018-03-
21
ID do Paciente: 347443
ID do
Estudo: 5-JFI INACO 1
Study Description: Ombro

Série Descrição
AP Mostra



^
v



://192.168.1.6/digiweb/digiweb.php?requestType=WADO&studyUID=1.3.46.670... 05/05/2018





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

C. 14/03/18

LAUDO MEDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **FRANCISCO ALVES DE SOUSA**

Prontuário: **347443**

Atendimento **598024**

Dt. Nasc.: **13/09/1953**

Idade: **64a 6m 1d**

Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **91582**

Data Pedido: **13/03/2018**

Médico Solicitante: **THEMISTOCLES RAMOS NETO**

Setor Solicitante: **CL.CIRURGICA II**

Unid. Internação / Leito: **CL. CIRURGICA II / CIRII230**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

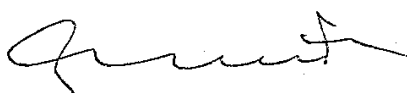
Cód. Procedimento: **02.04.06.015-0**

Data do Laudo: **14/03/2018**

RADIOGRAFIA DE PE DIREITO

RELATÓRIO:

- Fraturas completas recentes na falange proximal do hallux e no 5º metatarso.
- Edema de partes moles.


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 64000000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **FRANCISCO ALVES DE SOUSA**

Prontuário: **347443**

Atendimento **598024**

Dt. Nasc.: **13/09/1953**

Idade: **64a 5m 30d**

Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **91582**

Data Pedido: **13/03/2018**

Médico Solicitante: **THEMISTOCLES RAMOS NETO**

Setor Solicitante: **CL. CIRURGICA II**

Unid. Internação / Leito: **CL. CIRURGICA II / CIRII230**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

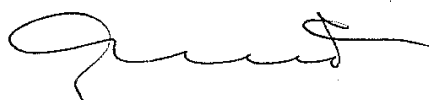
Cód. Procedimento: **02.04.04.005-1**

Data do Laudo: **14/03/2018**

RADIOGRAFIA DE UMEROS ESQUERDO

RELATÓRIO

- Fratura fragmentada recente desalinhada na diáfise umeral.
- Edema de partes moles.


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341



FE





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MEDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **FRANCISCO ALVES DE SOUSA**

Prontuário: **347443**

Atendimento **598024**

Dt. Nasc.: **13/09/1953**

Idade: **64a 5m 30d**

Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **91582**

Data Pedido: **13/03/2018**

Médico Solicitante: **THEMISTOCLES RAMOS NETO**

Sector Solicitante: **CL.CIRURGICA II**

Unid. Internação / Leito: **CL. CIRURGICA II / CIRII230**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.04.03.015-3**

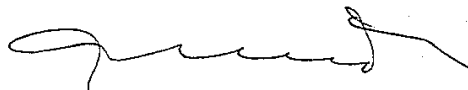
Data do Laudo: **14/03/2018**

RADIOGRAFIA DE TORAX

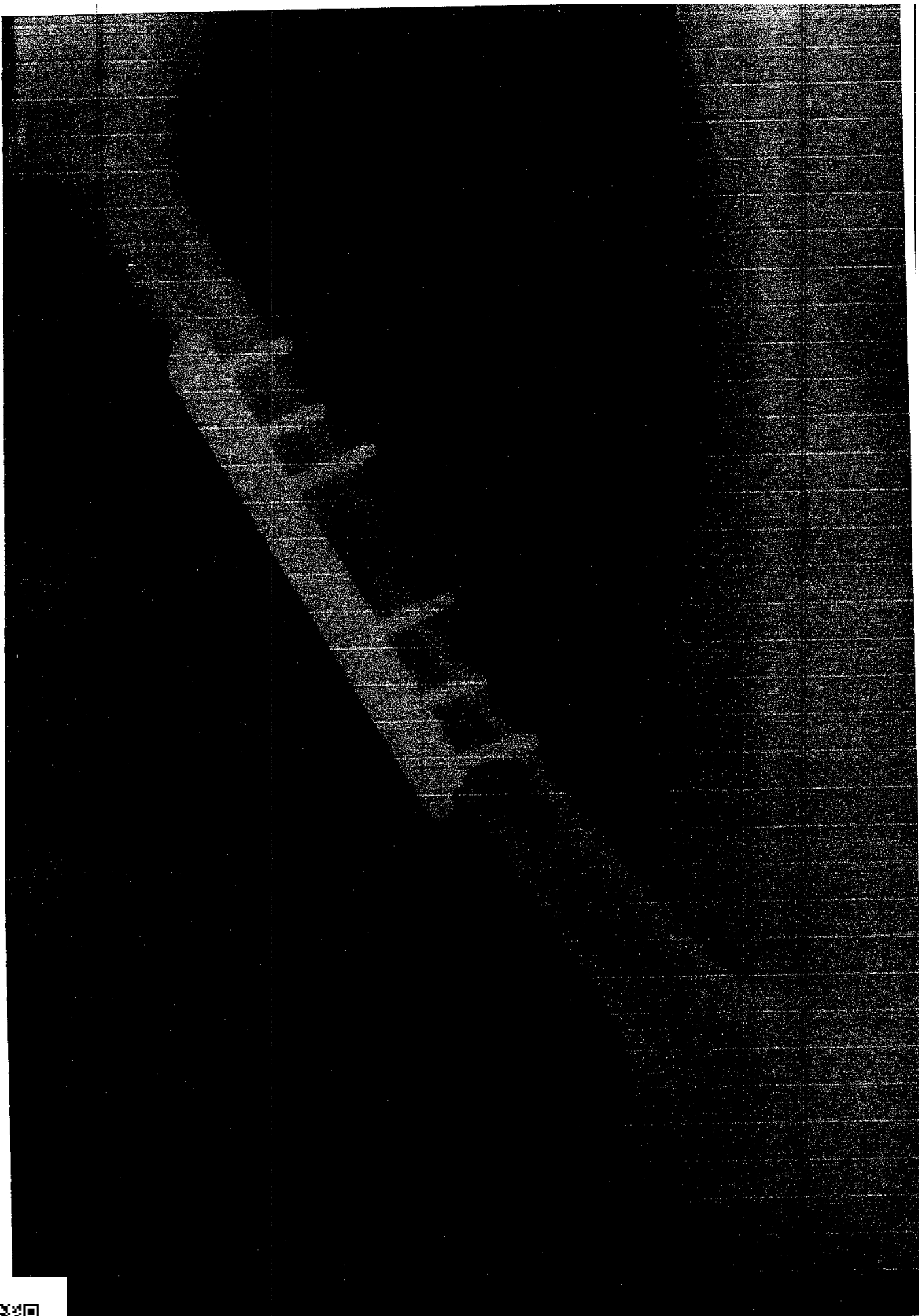
RELATÓRIO:

O estudo radiológico de torax realizado na incidência PA demonstra:

- Faixa de atelectasia na base do pulmão direito.
- Seios costofrênicos livres.
- Mediastino sem alterações.
- Área cardíaca dentro dos limites da normalidade.


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341







GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE Ocorrência Nº 040/2018

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI Resp. pelo Registro: APC MARCO SUEL DA SILVA
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR Data/ Hora: 07/02/2019-11:00

DADOS DA Ocorrência

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI Data/ Hora: 25/02/2018-06:00
Município: BARRO DURO-PI Bairro: CENTRO
Endereço: PI-

OLHO D'ÁGUA A BARRO DURO-PI
Complemento:

DADOS DO INFORMANTE

Nome: FRANCISCO ALVES DE SOUSA
Documentos: RG: 4.498.818 SSP-PI; CPF: 184.438.772-00
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade: ALTO LONGA-PI
Estado civil: solteiro(a)
Profissão: TRABALHADOR RURAL
Nascimento: 13/09/1953
Filiação: MARIA TERESA TITO DE SOUSA/ZACARIAS
TITO ALVES DE SOUSA
Endereço: FAZENDA SÃO FRANCISCO
Complemento:
Bairro: ZONA RURAL
Município: BARRO DURO-PI
Telefone(s):

NATUREZA(S) DA Ocorrência

- SEGURO DPVAT

RELATO DA Ocorrência

Dados do Veículo:
- Tipo: motocicleta
- Marca/ Modelo: HONDA CG 125/TITAN KS
- Ano/Modelo: 2001/2001
- Cor: PRATA
- Placa: LVY7154
- Chassi: 9C2JC30101R100985
- Renavam: 1959951353
- Proprietário: VICENTE VITURINO DE SOUSA FILHO

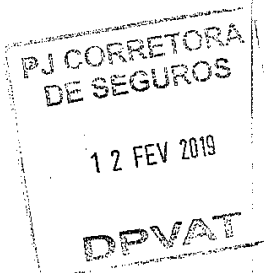
Narrativa:

Declara o noticiante-condutor que se envolveu em acidente automobilístico provocado, devido a perda do controle da motocicleta, em face da luz alta do veículo que vinha em sentido contrário, causando inúmeras lesões corporais como quebra do braço esquerdo e pé direito, além de inúmeras escoriações.

APC MARCO SUEL DA SILVA
Resp. pelo Registro

FRANCISCO ALVES DE SOUSA
Resp. pela Informação

Bel Sérgio Sousa Alencar
Delegado de Polícia Civil



DPVAT
12 FEV 2019
DE SEGUROS
PJ CORRETORA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013156846359

VIA: 1 COD. RENAVAM: 00809144913 NOME: VICENTE VITURINO DE SOUSA FILHO EXERCÍCIO: 2018

2871 9049 95ba 606a c730 04d8 f48f 5377 37ba 1f02 5418

CPF / CNPJ: 185530921353 CHASSI: 9C23C30101R100985 PLACA: LVY-7154

2023C30101R100985

FAZ/MOTOC/TAQU/ALBUQUERQUE

HONDA/CG 125 TITAN KS

022701245C

VENCO/UNICA

PRATE COBAS

1. PAVIA LIVRA 2. PARCELAMENTO / COTAS 3. ISENTO

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

SEGURO PAÇO OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICOES

AGUA BRANCA LOCAL: 26/02/2018

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

PI Nº 013156846359 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

VIA: 1 RENAVAM: 00809144913 EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 26/02/2018

CPF / CNPJ: 185530921353 MARCA / MODELO: LVY-7154

2001 09

HONDA/CG 125 TITAN KS

9C23C30101R100985

FNS (R\$) 000,00 PRÊMIO TARIFÁRIO 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 TOTAL SERVIÇOS SEGURO R\$ 185,50

PAGAMENTO 20/02/2018

COBA UNICA

SEURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 08.240.600/0001-04



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Vicente Vitorino de Sousa Filho
RG nº 443660, data de expedição 10/10/79
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 185.699.513-53
com domicílio na cidade de Agua Branca, no Estado de Piauí
Avenida João Ferreira, nº 354
complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Francisco Alves de Sousa, cujo o condutor era
Francisco Alves de Sousa
Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG 125 Titan KS Ano: 2001/2001
Placa: LVY-7154 Chassi: 9C2JC30101R1D0985
Data do Acidente: 25/02/18

PI CORRETORA
DE SEGUROS

12 FEV 2019

DPVAT

Local e Data:

Vicente Vitorino de Sousa Filho

Assinatura do Declarante



Vicente Vitorino de Sousa Filho

Assinatura do Condutor

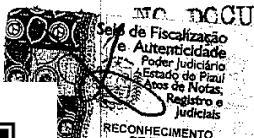
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Wilson Barbosa Pereira
Oficial
São Pedro do Piauí-PI

RECONHEÇO COMO VERDADEIRA A FIRMA DE: VICENTE VITORINO DE SOUSA
FILHO, TENDO O MESMO COMPARECIDO EM CARTÓRIO, APRESENTOU IDENTI-
TIDADE E CPF, FOI FEITO CARTÃO DE AUTOGRÁFO. A ASSINATURA APOSTA
NÃO DOCUMENTO É AUTÊNTICA.-

SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI, 07 DE FEVEREIRO DE 2019

WILSON BARBOSA PEREIRA=TABELIAO.





AUTO-ATENDIMENTO - AG. AGUA BRANCA
DATA: 01/02/2019 HORA: 10:01:47
TERMINAL: 38271005 CONTROLE: 382710050225

AGENCIA: 3827 - AGUA BRANCA
CONTA: 013.00025203-0
CLIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

MOVIMENTAÇÃO			VALOR
DATA	NR.DOC	HISTORICO	

SALDO ANTERIOR

8,00

RESUMO EM 31/01
SALDO

02,00

RESUMO DO DIA
SALDO DISPONIVEL
SALDO BLOQUEADO
SALDO TOTAL

02,00

00,00

00,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC-CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE

