



Número: **0800318-65.2020.8.18.0100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Manoel Emídio**

Última distribuição : **26/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
HELIO DE MACEDO E SILVA (AUTOR)	THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA (ADVOGADO)
GENTE SEGURADORA SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
93985 43	26/04/2020 09:40	Petição Inicial	Petição Inicial
93985 44	26/04/2020 09:40	DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_1	Documentos
93985 45	26/04/2020 09:40	DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_2	Documentos
93985 46	26/04/2020 09:40	DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_3	Documentos
93985 47	26/04/2020 09:40	DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_4	Documentos
93985 48	26/04/2020 09:40	DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_5	Documentos
93985 49	26/04/2020 09:40	DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_6	Documentos
93985 50	26/04/2020 09:40	DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_7	Documentos
93985 51	26/04/2020 09:40	DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_8	Documentos
93985 52	26/04/2020 09:40	DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_9	Documentos
93985 53	26/04/2020 09:40	DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_10	Documentos

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA COMARCA DE MANOEL
EMÍDIO/PI.**

**PRIORIDADE NA TRAMITAÇÃO
-INVALIDEZ PERMANENTE-**

HÉLIO DE MACEDO E SILVA, brasileiro, solteiro, representado por portador do C.I./RG nº 3.843.952 SSP/PI e do CPF/MF nº 934.989.503-04, residente e domiciliado na rua Dr. Tibério Nunes, nº 295, centro, Manoel Emídio/PI, vem, com a máxima deferência, através de seu procurador e advogado *"in fine"* firmado, **constituído e qualificado em outorga anexa (doc. 01), com escritório no endereço constante em nota de rodapé local onde recebe as intimações e/ou notificações de estilo (artigo 106, inciso I, do CPC)**, à elevada presença de Vossa Meritíssima, para propor a presente:

**AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ ADVINDOS DE ACIDENTE
DE TRANSITO**

Em face da **GENTE SEGURADORA S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº: **90.180.605/0001-02**, sediada na rua Marechal Floriano Peixoto, nº 450, centro histórico, Porto Alegre/RS, CEP: 90.020.060, com arrimo na LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974 alterada pela Lei 8441/92 e com base nos fatos e fundamentos jurídicos que ora se seguem:

DOS FATOS

O autor foi vítima de acidente de trânsito que ocorreu em 23 de maio de 2019, por volta das 15h na Av. 1º de maio, centro, nesta cidade.

Quando estava trafegando na condição de piloto de uma motocicleta Honda/XRE 300 de placa ODE 6704 quando sofreu uma queda tendo sido socorrido pelo resgate RM02 e conduzido para o PS Parque Imperial. Encaminhado ao atendimento médico de urgência e posterior exame pericial denotou-se **DEFORMIDADE PERMANENTE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO CONFIGURANDO-SE INVALIDEZ PERMANENTE** e que culminaram com a invalidez do autor.

Dirigiu-se o Autor à sede da seguradora requerida de posse de vários documentos exigidos por lei para liberação do seguro DPVAT a que tem direito junto à seguradora, **GENTE**, conveniada aos **CONSÓRCIOS DE SEGUROS** responsáveis pelas indenizações de seguro DPVAT através do pedido administrativo, tendo recebido, no entanto, somente parte do que lhe é



devido, qual seja a importância de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)** em contrariedade com a legislação em vigor.

Como atesta os documentos anexos houve várias sequelas do acidente de trânsito ocorrido com o requerente.

Devendo se pago ao requerente o valor complementar de **R\$ 11.137,50 (onze mil e cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Portanto, recorre o Autor, agora, aos braços da Justiça, para fazer valer seu direito à indenização por invalidez, na forma da fundamentação a seguir colacionada.

DO DIREITO

Das provas necessárias:

O direito à indenização está vinculado apenas à comprovação, pelo Autor, da ocorrência do acidente e do dano daí decorrente, independentemente de culpa e mediante a apresentação da documentação exigida no art. 5º § 1º, a, da supracitada lei e abaixo descrito:

“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 da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de quinze dias da entrega dos seguintes documentos: Redação da LEI N° 8.441, DE 13 DE JULHO DE 1992).

a)OMISSIS

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.

(OMISSIS)

§ 4º Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá ser acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver, fornecido pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados, em formulário próprio da entidade fornecedora. Redação da LEI N° 8.441, DE 13 DE JULHO DE 1992).

§ 5º O instituto médico legal da jurisdição do acidente também quantificará as lesões físicas ou psíquicas permanentes para fins de seguro previsto nesta lei, em laudo complementar, no prazo médio de noventa dias do evento, de acordo com os percentuais da tabela das condições gerais de seguro de acidente suplementada, nas restrições e omissões desta, pela tabela de acidentes do trabalho e da classificação internacional das doenças. Redação da LEI N° 8.441, DE 13 DE JULHO DE 1992.”

É por demais farta a documentação acostada à Inicial fazendo prova verídica do ocorrido, tendo, o Requerente, direito à indenização por danos pessoais em 40 (quarenta) salários mínimos à época do pagamento pela invalidez permanente. É o que demonstra o dispositivo a seguir:

“Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no



artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem por pessoa vitimada:

(...) OMISSIS

b) - Até 40 (quarenta) vezes o valor do maior salário-mínimo vigente no País - no caso de invalidez permanente;

c) - Até 8 (oito) vezes o valor do maior salário-mínimo vigente no País - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas."

DOS PEDIDOS

Seja recebido e registrado este pedido, designando-se, desde logo, um perito para atestar o grau da deficiência do requerente antes da audiência de conciliação, para depois citar a empresa Ré, na pessoa de seu representante legal, para comparecer à audiência, e nela apresentar, se quiser, sua defesa acompanhada dos estatutos sociais e carta de preposição devidamente assinada por quem de direito mediante expresso reconhecimento de firma se vier a Demandada a ser representada por preposição, alertando de que sua ausência ensejará a decretação de revelia; Requer a concessão o Autor dos benefícios da Justiça Gratuita, no caso de interposição de recurso, por ser a mesmo pobre no sentido legal, não podendo arcar com quaisquer custas ou despesas processuais (lei nº 1.060/50);

Frustrada a conciliação ou decretada à revelia, seja acolhido o pedido na íntegra condenando a empresa Ré ao pagamento da importância de **R\$ 11.137,50 (onze mil e cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos)** correspondentes à complementação dos valores atualizados à data de liquidação do sinistro (art. 5º § 1º da lei nº 8.441/92) **condenação a título de quantum indenizatório por Danos Pessoais por invalidez permanente.**

Requer, ainda, que seja aplicada a multa prevista na resolução nº 14 da SUSEP de 25.10.95 publicada no DOU de 06.03.98 em caso de não pagamento do valor da condenação no prazo de 15 dias após o trânsito em julgado desta ação. É o que vem ocorrendo rotineiramente com os julgados do Conselho de Recursos do Sistema Nacional de Seguros Privados, de Previdência Privada Aberta e de Capitalização:

"Ministério da Fazenda CRSNSP - Conselho de Recursos do Sistema Nacional de Seguros Privados, de Previdência Privada Aberta e de Capitalização

6ª SESSÃO DE JULGAMENTO – ACÓRDÃO

Comunicamos que, no dia 27.1.2000, no Edifício Sede da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, localizado a Rua Buenos Aires 256, 4º andar, foi realizada a 6ª Sessão de Julgamento do Conselho de Recursos do Sistema Nacional de Seguros Privados, de Previdência Privada Aberta e de Capitalização – CRSNSP, tendo sido aprovada a Ata relativa a sessão em epígrafe, na qual foram julgados os recursos cujo teor da Ementa e do Acórdão, publicada no Diário Oficial da União de 6.4.2000 (Seção I – Páginas 10 e 11), que a seguir transcrevemos:

RECORRENTE: RURAL SEGURADORA S.A.



**RECORRIDA: SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS –
SUSEP**

EMENTA: RECURSO ADMINISTRATIVO. Seguro de vida em grupo. *Invalidez Permanente. Recusa imotivada. Observando o instituto de atenuação, prevista no art. 34, § 1º, inciso III das Normas Anexas à Resolução CNSP nº 14, de 25 de outubro de 1995, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CNSP nºs. 5/97; 10/97; 7/98; 11/98 e 21/98. Recurso conhecido e improvido.*

PENALIDADE: Multa pecuniária de R\$ 14.513,52

BASE LEGAL: Art. 88 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.

ACÓRDÃO/CRSNP Nº 0040/00: *Vistos, relatados e discutidos os presentes autos, decidem os membros do Conselho de Recursos do Sistema Nacional de Seguros Privados, de Previdência Privada Aberta e de Capitalização, por unanimidade, negar provimento ao recurso, mantida a decisão do Órgão de primeira instância no sentido de aplicar à RURAL SEGURADORA S.A. a pena de multa pecuniária, por restarem caracterizadas as infrações descritas nos autos, cuja penalidade deverá ter o seu valor ajustado às circunstâncias previstas no art. 34, § 1º, inciso III, da Resolução CNSP nº 14, de 25 de outubro de 1995. Presente a advogada, Dra. Renata de Castro Cavalcanti, que fez sustentação oral em favor da recorrente.”*

Protesta e requer provar o alegado por todos os meios em direito admitidos, especialmente documental, testemunhal, cálculos e depoimento pessoal do representante da Requerida, e por outros que por ventura vierem a ser necessárias no decorrer do processo.

Dá-se á presente o valor de R\$ 11.137,50 (onze mil e cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos
Pede Deferimento
Manoel Emídio/PI, 25 de janeiro de 2020.

Dr. Thalles Augusto Oliveira Barbosa

OAB/PI nº. 5945





Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 26/04/2020 09:39:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042609393308100000008960334>
Número do documento: 20042609393308100000008960334

Num. 9398543 - Pág. 5



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Pelo presente instrumento particular de mandato o Sr.
Heitor de Macedo e Silva,
brasileiro(a), solteiro, armador de ferro portador do C.I./RG nº
3.843.952 SSP/PI e do CPF/MF nº 934.989.503-04,
residente e domiciliado (a) na
rua Dr. Tibério Nunes, nº 295, centro,
Manoel Emílio PI, CEP.: 64.875-000.

Nomeia e constitui como seu procurador o advogado Dr. Thalles Augusto Oliveira Barbosa, brasileiro, casado, advogado inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil-Piauí sob o nº 5.945 e OAB/MA nº. 13.963-A com escritório profissional situado na rua Jornalista Don Dom, nº 2487, bairro Horto Florestal, Teresina//PI, outorgando-o amplos poderes para promover ou defender os interesses e direitos do(a) OUTORGANTE para o foro em geral, administrativa ou judicialmente, conforme estabelecido no artigo 105 e art. 425, IV, do NCPC, podendo, para tanto, fazer requerimentos diversos, tais como certidões, cópias, propor e contestar ações, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, renunciar, desistir, confessar, reconhecer a procedência do pedido, receber e dar quitação, solicitar e retirar alvará, receber intimações perante os juízos deprecante e deprecado, e em qualquer instância, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais, e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo substabelecer o presente mandato, com ou sem reserva de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do(a) OUTORGANTE e ao bom, completo e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina, 30 de 12 de 2019.

Heitor de Macedo e Silva



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.843.952 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/12/12

NAME: HELIO DE MACEDO E SILVA

FILIAÇÃO: MARIA DIVA BARREIRA MACEDO E SILVA
PEDRO BARBOSA DA SILVA

NATURALIDADE: BERTOLÍNIA-PI DATA DE NASCIMENTO: 22/02/1984

DOC. ORIGEM: CERT.CASAM. 867 L B-06 F 043
EXP MANOEL EMIDIO-PI 17/12/03

CPF: 934.989.503-04 ASSINATURA DO DIRETOR

TERESINA-PI 934.989.503-04 ASSINATURA DO TITULAR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

0003429 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CARTEIRA DE IDENTIDADE

Helio de macedo e Silva

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL TÍTULO ELEITORAL

NAME DO ELEITOR: HELIO DE MACEDO E SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 22/02/1984 N.º INSCRIÇÃO: 1.643.774.1589 D.V.: 067 ZONA: 067 SECÃO: 0000

MUNICÍPIO / UF: MANOEL EMIDIO/PI DATA DE EMISSÃO: 29/02/2000

JUIZ ELEITORAL: *He*

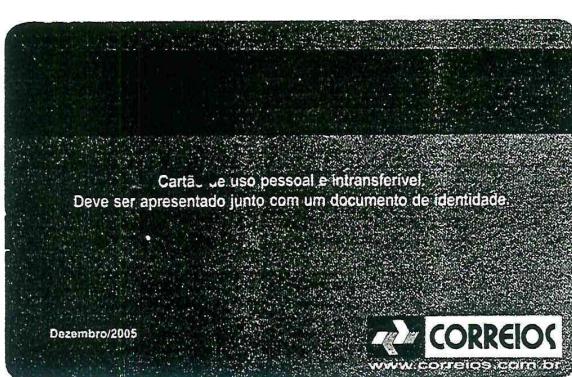
VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL POLEGAR DIREITO

Helio de macedo e Silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL



MINISTÉRIO NACIONAL DE SAÚDE

SUS

TEMA ÚNICO DE SAÚDE

209 8477 7649 0007

Name: HELIO DE MACEDO E SILVA

Data de Nascimento: 22/02/1984

Sexo: M Data de emissão: 02/01/13 09:40

Município de residência: MANOEL EMIDIO

UF: PI



Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 26/04/2020 09:39:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2004260939332700000008960335>
 Número do documento: 2004260939332700000008960335

Num. 9398544 - Pág. 2



AGESPISA - 06.845.747/0001-27

Nº Documento: 2019115900808

MATRÍCULA 00590080.8	ESCRITÓRIO MANOEL EMIDIO	CPF/CNPJ: 934.989.503-04	VENCIMENTO 26/11/2019
INSCRIÇÃO 059.001.001.0830.000	CLIENTE HELIO DE MACEDO E SILVA	ENDERECO DO IMÓVEL RUA DR TIBERIO NUNES, NUM. 295 - CENTRO MANOEL EMIDIO PI 64875-000	FATURA 11/2019-5
RESPONSÁVEL ENDERECO PARA ENTREGA	ÁGUA ESGOTO LIGADA POTENCIAL		
ÚLTIMOS CONSUMOS 10/2019 - 10-30 09/2019 - 10-30 08/2019 - 10-30 07/2019 - 10-30 06/2019 - 10-30 05/2019 - 10-30 ECONOMIAS CONS. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR 1 10 M 30 53210		LEITURA ANTERIOR 2426 ATUAL 2426 DIAS 10 CONSUMO (M³) CONSUMO/DIA (M³) 27/09/2019 29/10/2019 0,32	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR ECONOMIA	VALOR R\$
AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA MANUTENCAO DE HIDROMETRO	11/2019	10 M3	31,37 1,60

TOTAL R\$ 32,97

Demonstrativo de Tributos	Base de Calculo: 32,97 IR: 1,58 COFINS: 0,99 CSLL: 0,33 PIS/PASEP: 0,21
---------------------------	---

Caso o seu débito tenha sido pago após a data indicada, desconsidere este aviso.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO
(Decreto nº 5.440 e Portaria 518/MS)

GERÊNCIA REGIONAL: GEN BOM JESUS	Mês/Ano 10/2019
REDE DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA PARÂMETROS (Valores Médios)	TURBIDEZ (uT) CLORO

VIA CLIENTE	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

Emitido por: INTERNET Emitido em: 13/11/2019

MATRÍCULA 00590080.8	INSCRIÇÃO 059.001.001.0830.000	FATURA 11/2019-5	NÃO RECEBER APÓS 29/02/2020
VENCIMENTO 26/11/2019	VALOR R\$	32,97	

GRUPO: 30 FIRMA: 1

82610000000-7 32970001310-8 59008081120-1 19000050003-2

VIA AGESPISA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



ESTADO DO PIAUÍ
PÓLICIA MILITAR

ORGANIZAÇÃO POLICIAL MILITAR
2ª Cia 139º BTL

DOS EN VOLVIDOS

OCORRÊNCIA N°
070-2019

DADOS GERAIS DO ENVOLVIDO

<input type="checkbox"/> E-1 <input type="checkbox"/> E-2 <input type="checkbox"/> E-3 <input type="checkbox"/> E-4 <input type="checkbox"/> E-5 <input checked="" type="checkbox"/> EN VOLVIDO <input type="checkbox"/> OUTROS	PARTICIPAÇÃO GERAL		<input checked="" type="checkbox"/> COMUNICANTE <input type="checkbox"/> OFENDIDO <input type="checkbox"/> A APURAR		ACIDENTE DE TRÂNSITO		<input checked="" type="checkbox"/> CONDUTOR/MOTORISTA <input type="checkbox"/> PEDESTRE		<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO <input type="checkbox"/> VITIMA					
	NOME <i>Helio de Macedo e Silva</i>		NOME DA MÃE <i>Maria Diva Barreira Macedo e Silva</i>		NOME DO PAI <i>Pedro Barbosa da Silva</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>22/02/1984</i>		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		NACIONALIDADE <i>BRASILEIRO</i>		NATURAL DE <i>BERTOLINIA</i>	
	PROFISSÃO <i>ARMADOR DE FERRO</i>		LOCAL DE TRABALHO											
	ESTADO CIVIL		<input checked="" type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> VIUVO		<input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DESQUITADO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO		SITUAÇÃO		<i>559975</i>					
	GRAU DE INSTRUÇÃO		<input type="checkbox"/> NÃO ALFABETIZADO <input type="checkbox"/> SEMI ALFABETIZADO <input checked="" type="checkbox"/> FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> MÉDIO		<input type="checkbox"/> SUPERIOR <input type="checkbox"/> PÓS-GRADUADO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO		<input type="checkbox"/> INCOMPLETO <input type="checkbox"/> CURSANDO							
	ALCUNHA		NOME FALSO											
	RENDA MENSAL		<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> 1 S.M. OU MENOS <input type="checkbox"/> 2 A 5 S.M. <input type="checkbox"/> 6 A 10 S.M. <input type="checkbox"/> 11 A 15 S.M. <input type="checkbox"/> MAIS DE 15 S.M. <input type="checkbox"/> NÃO INFORMOU											
	CPF - NÚMERO <i>034.989.503-04</i>		RG - NÚMERO <i>3.843.952</i>		DATA EMISSÃO <i>39/02/18</i>		ÓRGÃO EMISSOR <i>SSP</i>		UF <i>PI</i>					
	CNH - NÚMERO REGISTRO		DATA DE VALIDADE		UF/PAÍS DE EXPEDIÇÃO				<input type="checkbox"/> NÃO HABILITADO					
	ENDEREÇO RESIDENCIAL - CEP <i>295</i>		CAIXA POSTAL <i>RUA</i>		TIPO DE LOGRADOURO <i>DR. TIBÉRIO ALVES</i>		LOGRADOURO							
ESTADO <i>PI</i>		COMPLEMENTO		BAIRRO <i>CENTRO</i>		MUNICÍPIO <i>MANOEL EMÍDIO</i>								
ESTADO <i>BRASIL</i>		PAÍS		REFERÊNCIA										
TIPO DE TELEFONE <i>CELULAR</i>		DDD <i>93</i>		NÚMERO <i>93469-7149</i>		RAMAL		EMAIL						
ENDEREÇO COMERCIAL- CEP		CAIXA POSTAL		TIPO DE LOGRADOURO		LOGRADOURO								
NÚMERO		COMPLEMENTO		BAIRRO		MUNICÍPIO								
ESTADO		PAÍS		REFERÊNCIA										
TIPO DE TELEFONE		DDD		NÚMERO <i>-</i>		RAMAL		EMAIL						
CONDIÇÕES FÍSICAS		<input type="checkbox"/> SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ <input type="checkbox"/> SEM LESÕES		<input type="checkbox"/> SOB EFEITO DE DROGA ILÍCITA <input type="checkbox"/> LESÕES LEVES		<input type="checkbox"/> PROBLEMA CLÍNICO <input checked="" type="checkbox"/> LESÕES GRAVES OU GRAVÍSSIMAS		<input type="checkbox"/> PORTADOR DE DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> ÓBITO		<input type="checkbox"/> PARTURIENTE				
BENS QUE PORTAVA CONSIGO (vestuário, objetos, dinheiro, etc.)														

DADOS GERAIS DO VEÍCULO (preencher se houver relação com a ocorrência)

<input type="checkbox"/> VÉICULO <input type="checkbox"/> PROPRIETÁRIO <input type="checkbox"/> OUTROS	VEÍCULO <input checked="" type="checkbox"/> V-1 <input type="checkbox"/> V-2 <input type="checkbox"/> V-3 <input type="checkbox"/> V-4 <input type="checkbox"/> V-5 <input type="checkbox"/> V-6											
	PLACA <i>OED-6704</i>		RENAVAN OU CHASSI <i>485097591</i>		ESPECIE/TIPO <i>MOTOCICLO</i>		MARCA/MODELO <i>HONDA / XRE 300</i>					
	COR PREDOMINANTE <i>VERMELHA</i>		ANO FABRIC. <i>2013</i>		Nº DPVAT <i>032302080145</i>		CATEGORIA					
	NOME SEGURADORA						APÓLICE Nº					
	MUNICÍPIO VÉICULO/UF		PAÍS				MOTIVO VIAGEM					
	PROPRIETÁRIO <i>ROBERVAL DOS SANTOS BRITO</i>				CPF/CNPJ <i>031.650.053-26</i>							
	ENDERECO				BAIRRO							
	MUNICÍPIO/UF		CEP		TELEFONE		NACIONAL					
	USO DO CINTO/CAPACETE? <input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO		Nº DE OCUPANTES							
	CONDUZIDO PARA											
NOME ESTABELECIMENTO		TRANSPORTE										



PROVIDÊNCIAS (procedimentos realizados: condutor / veículo)										
EXAME ALCÓOLICO?		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	MEDIÇÃO		Nº TÍQUETE ETILÔMETRO/AUTO DE CONSTATAÇÃO				
ENCAMINHADO DP?		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			CONDUTOR AUTUADO?		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
RECOLHIDA CNH/PD?		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	RECOLHIDO CLA?		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Nº AIT		
GUINCHAMENTO?		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Nº AUTO RETIRADA		GUINCHADO POR:		<input type="checkbox"/> SEGURADORA	<input type="checkbox"/> OPM	<input type="checkbox"/> OUTRO
NOME EMPRESA GUINCHO					MOTORISTA					
CARGA (preencher no caso de apreensão)										
TIPO DE CARGA		Nº DA NOTA FISCAL			EMPRESA			<input type="checkbox"/> SEM CARGA		
PESO (kg)	DANOS	<input type="checkbox"/> PARCIAL	<input type="checkbox"/> TOTAL	NATUREZA DA CARGA			<input type="checkbox"/> PROD. PER.	<input type="checkbox"/> PERECÍVEL	<input type="checkbox"/> INDIVISÍVEL	<input type="checkbox"/> OUTRA
Nº DA ONU	POSSUI TACÓGRAFO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO							

RELATO INDIVIDUAL

LOCAL	Wauau/ Criciúma	DATA/HORA	19/06/2019; 11:30h	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA COMPROMISSADA
<p>29/05/2019 sofri um acidente de trânsito quando condizcia minha motocicleta XRE 300 com Vermelha placa OED 6704 quando ia fazer uma curva viu os a lais e sofrer uma fratura na perna esquerda</p>				

USO DE ALGEMA

Este envolvido foi algemado?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	JUSTIFICATIVA	<input type="checkbox"/> Resistência	<input type="checkbox"/> Perigo à integridade física própria ou alheia
					<input type="checkbox"/> Fundado receio de fuga

MANIFESTAÇÃO DO OFENDIDO

<p>Declaro o meu interesse em não exercer, neste momento, o direito de representação ou queixa contra o autor do fato, estando ciente, para os fins previstos nos arts. 103 e 38, do Código Penal e Código de Processo Penal, respectivamente, que devo exercer o direito de representação ou de queixa, no prazo de 06 (seis) meses, a contar desta data, sendo certo que meu silêncio, acarretará a extinção da punibilidade, na forma do art. 107, inc. IV, do Código Penal.</p>	
---	--

ASSINATURA DO ENVOLVIDO:

Helio de macedo e silva

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Eu,	Função
em	recebi:
<input type="checkbox"/> A pessoa acima qualificada, nas condições físicas e portando os objetos descritos nos campos de qualificação	
<input type="checkbox"/> As coisas apreendidas, registradas no campo "apreensões" deste Boletim de Ocorrência e associada a este envolvido.	
ASSINATURA	





ESTADO DO PIAUÍ
PÓLICIA MILITAR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

ORGANIZAÇÃO POLICIAL MILITAR
2 Cia 139º BTL

OCORRÊNCIA N°
070-2019

<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL	<input type="checkbox"/> PRISÃO/APREENSÃO	<input type="checkbox"/> TERMO CIRCUNSTANCIADO
<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> BOA	<input type="checkbox"/> OUTROS

ESPECIFICAÇÃO	FATO	COMUNICAÇÃO	ATENDIMENTO	FECHAMENTO
DATA/HORA	23/05/2019 15:00h	19/06/2019 15:30h	19/06/2019 15:30h	19/06/2019 15:50h

1 - FATO

Descrição	ACIDENTE DE TRANSITO	ENVOLVIDO(S)
Descrição		ENVOLVIDO(S)
Descrição		ENVOLVIDO(S)

2 - LOCAL

LOGRADOURO	Av. 5º DE MAIO	Nº/Km	BAIRRO
MUNICÍPIO	MANOEL EMÍDIO	CEP 64875-000	POONTO DE REFERÊNCIA (COORDENADAS GEGRÁFICAS) PRAÇA MÍTRIZ

3 - AMBIENTE - ESTABELECIMENTO

<input type="checkbox"/> INTERIOR DO AMBIENTE	<input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA
1 ATIVIDADE FINANCEIRA	<input type="checkbox"/> AGÊNCIA BANCÁRIA <input type="checkbox"/> CAIXA ELETRÔNICO <input type="checkbox"/> POSTO DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> CASA DE CÂMBIO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE DE VALOR <input type="checkbox"/> CASA LOTÉRICA
2 ENSINO	<input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR
3 SAÚDE	<input type="checkbox"/> CLÍNICA <input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO <input type="checkbox"/> FARMÁCIA <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> POSTO DE SAÚDE <input type="checkbox"/> OUTROS
4 POSTO DE COMBUSTÍVEL	<input type="checkbox"/> POSTO COM LOJA DE CONVENIÊNCIA <input type="checkbox"/> POSTO SEM LOJA DE CONVENIÊNCIA
5 ASSOCIAÇÃO	<input type="checkbox"/> CLUBE DESPORTIVO <input type="checkbox"/> CLUBE SOCIAL <input type="checkbox"/> CONSELHOS <input type="checkbox"/> DE BAIRRO <input type="checkbox"/> FILANTRÓPICA <input type="checkbox"/> POLÍTICA <input type="checkbox"/> SINDICATO <input type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> RELIGIOSA (IGREJA/TEMPLO) <input type="checkbox"/> OUTROS
6 TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> AEROPORTO <input type="checkbox"/> PORTO <input type="checkbox"/> TERMINAL URBANO <input type="checkbox"/> TERMINAL RODOVIÁRIO <input type="checkbox"/> TERMINAL FERROVIÁRIO <input type="checkbox"/> DE CARGA <input type="checkbox"/> PONTO DE ÔNIBUS <input type="checkbox"/> PONTO DE TÁXI <input type="checkbox"/> ÔNIBUS <input type="checkbox"/> TÁXI <input type="checkbox"/> MARÍTIMO/FLUVIAL <input type="checkbox"/> OUTROS
7 VEÍCULO	<input checked="" type="checkbox"/> EM TRÂNSITO <input type="checkbox"/> ESTACIONAMENTO PAGO <input type="checkbox"/> ESTACIONAMENTO OUTROS <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
8 RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CONDOMÍNIO DE RESIDÊNCIAS <input type="checkbox"/> QUALIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> ABANDONADA <input type="checkbox"/> SEM MORADOR <input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> CONDOMÍNIO DE APARTAMENTOS <input type="checkbox"/> MORADOR PRESENTE <input type="checkbox"/> MORADOR AUSENTE <input type="checkbox"/> EM CONSTRUÇÃO
9 MERCADO	<input type="checkbox"/> MERCARIA <input type="checkbox"/> SUPERMERCADO <input type="checkbox"/> FEIRA <input type="checkbox"/> AMBULANTE <input type="checkbox"/> ATACADO <input type="checkbox"/> PANIFICADORA
10 ALIMENTAÇÃO DIVERSÃO	<input type="checkbox"/> BAR <input type="checkbox"/> BOLICHE <input type="checkbox"/> CASA SHOW <input type="checkbox"/> CIRCO <input type="checkbox"/> DANCETERIA <input type="checkbox"/> LANCHONETE <input type="checkbox"/> PARQUE DIVERSÃO <input type="checkbox"/> RESTAURANTE <input type="checkbox"/> SORVETERIA <input type="checkbox"/> TEATRO <input type="checkbox"/> LAN HOUSE <input type="checkbox"/> CINEMA <input type="checkbox"/> PRAÇA DESPORTIVA <input type="checkbox"/> CENTRO DE EVENTOS <input type="checkbox"/> OUTROS
11 COMÉRCIO	<input type="checkbox"/> ARMAS MUNIÇÃO <input type="checkbox"/> AUTOPEÇAS <input type="checkbox"/> BANCA REVISTA <input type="checkbox"/> BEBIDAS <input type="checkbox"/> CALÇADOS <input type="checkbox"/> ELETROELETRÔNICOS <input type="checkbox"/> INFORMÁTICA <input type="checkbox"/> JÓIAS/RELÓGIOS <input type="checkbox"/> MAT. CONSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> ESPORTIVO <input type="checkbox"/> PAPELARIA <input type="checkbox"/> VEÍCULOS <input type="checkbox"/> VESTUÁRIO <input type="checkbox"/> VÍDEO LOCADORA <input type="checkbox"/> MÓVEIS <input type="checkbox"/> DISTRIBUIDOR DE GÁS <input type="checkbox"/> SHOPPING CENTER <input type="checkbox"/> OUTROS
12 INDÚSTRIA	<input type="checkbox"/> ALIMENTÍCIA <input type="checkbox"/> CERÂMICA <input type="checkbox"/> MADEIREIRA <input type="checkbox"/> METALURGIA <input type="checkbox"/> SIDERÚRGICA <input type="checkbox"/> MOVELEIRA <input type="checkbox"/> PAPEL/CELULOSE <input type="checkbox"/> PETROQUÍMICA/QUÍMICA <input type="checkbox"/> AGROINDÚSTRIA <input type="checkbox"/> TÊXTIL <input type="checkbox"/> OUTROS
13 HOSPEDAGEM	<input type="checkbox"/> HOTEL <input type="checkbox"/> MOTEL <input type="checkbox"/> PENSÃO <input type="checkbox"/> Pousada <input type="checkbox"/> ALBERGUE <input type="checkbox"/> CAMPING
14 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	<input type="checkbox"/> ESCRITÓRIO <input type="checkbox"/> ESTACIONAMENTO <input type="checkbox"/> CONSERVOS/REPARES <input type="checkbox"/> TRANSPORTADORA <input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA/LIMPEZA <input type="checkbox"/> CONSTRUTORA <input type="checkbox"/> AGENCIA DOS CORREIOS <input type="checkbox"/> OUTROS
15 ÓRGÃO PÚBLICO	<input type="checkbox"/> INTERNACIONAL <input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL
16 OUTROS AMBIENTES	<input type="checkbox"/> PRAÇA/PARQUE <input type="checkbox"/> TERRENO BALDIO <input type="checkbox"/> ÁREA DE MATA <input type="checkbox"/> PRAIA <input type="checkbox"/> LAGOA <input type="checkbox"/> OUTROS
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	<input type="checkbox"/> DIURNO <input type="checkbox"/> NOTURNO <input type="checkbox"/> DIURNO/NOTURNO <input type="checkbox"/> 24 HORAS
EVENTOS	<input type="checkbox"/> COMPETIÇÃO DESPORTIVA <input type="checkbox"/> COMPETIÇÃO MOTORIZADA <input type="checkbox"/> BENEFICENTE <input type="checkbox"/> COMÍCIO <input type="checkbox"/> EXPOSIÇÃO FEIRA <input type="checkbox"/> FUTEBOL <input type="checkbox"/> FESTA <input type="checkbox"/> GREVE <input type="checkbox"/> INVASÃO <input type="checkbox"/> LEILÃO <input type="checkbox"/> PASSEATA/MANIFESTAÇÃO <input type="checkbox"/> RELIGIOSO <input type="checkbox"/> RODEIO <input type="checkbox"/> SHOW
CIRCULAÇÃO DE VEÍCULOS	<input type="checkbox"/> POCO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> INTENSO
CIRCULAÇÃO DE PESSOAS	<input type="checkbox"/> POUCA <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> INTENSA
ILUMINAÇÃO ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM-POUCA VISIBILIDADE <input type="checkbox"/> SIM-BOA VISIBILIDADE
DESORDEM	<input type="checkbox"/> PICHADA <input type="checkbox"/> LIXO NAS RUAS <input type="checkbox"/> TERRENOS BALDOS <input type="checkbox"/> MÁ CONSERVAÇÃO VIAS <input type="checkbox"/> MÁ CONSERVAÇÃO RESIDÊNCIAS <input type="checkbox"/> CONSTRUÇÕES ILEGAIS <input type="checkbox"/> AMBULANTES ILEGAIS <input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO IRREGULAR DE ESPAÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS



4 - MEIOS EMPREGADOS PARA A EXECUÇÃO DO ILÍCITO

<input type="checkbox"/> ARMA DE FOGO	<input type="checkbox"/> ARMA BRANCA	<input type="checkbox"/> ARMA SIMULACRO	<input type="checkbox"/> ALAVANCA DE MADEIRA	<input type="checkbox"/> ALAVANCA DE METAL	<input type="checkbox"/> ALICATE
<input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> CHAVE FALSA (micha)	<input type="checkbox"/> CHAVE DE FENDA	<input type="checkbox"/> EXPLOSIVO	<input type="checkbox"/> FACÃO	<input type="checkbox"/> FORÇA FÍSICA
<input type="checkbox"/> FOICE	<input type="checkbox"/> FURADEIRA	<input type="checkbox"/> MAÇARICO	<input type="checkbox"/> MACHADO	<input type="checkbox"/> MARRETA/MARTELHO	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA
<input type="checkbox"/> MOTOSERRA	<input type="checkbox"/> PICARETA	<input type="checkbox"/> SERRA	<input type="checkbox"/> TACO MADEIRA	<input type="checkbox"/> OUTROS	

5 - RELATO POLICIAL DO OCORRIDO (Descrição e conclusão com base nas provas colhidas e nas oitivas realizadas - o que, quando, onde, quem, como e por que)

O Sr. Mário de Mendo e Silva veio até este GM de Manoel Emílio, comunicar que no dia (23/05/2019) por volta das 15:00h sofreu um acidente de trânsito quando trafegava em seu veículo motocicleta HONDA XRE 300, com vermelha de placa QED-6704 - MANOEL EMÍLIO - PZ, o informante afirma que perdeu o controle do veículo ao fazer uma conversão à esquerda, vindo a cair da motocicleta ocasionando uma fratura exposta da perna esquerda em seguida foi socorrido pelo SAMU.

6 - DADOS DOS OBJETOS (Número da participação - descrição - quantidade - vínculo com o envolvido)

PARTICIPAÇÃO DO OBJETO

1. APRENDENDO

3. EUBTARD

3 BOURAGO

4 - PERDIDO

5 - ENCONTRADO

6 - RECUUPERADO

DESTINO DO(S) ORIGEM(S)

3. PROVIDÊNCIAS ADOTADAS (Condução a Hospital, Solicitação de Exames Periciais, Juntada de Documentos etc.)

7 - PROVIDENCIAS ADOTADAS (condução a hospital, solicitação de exames forenses, busca de documentos, etc.)

DOCUMENTOS	<input type="checkbox"/> TERMO DE MANIFESTAÇÃO DO OFENDIDO	<input type="checkbox"/> TERMO DE COMPROMISSO DE COMPARCIMENTO
	<input type="checkbox"/> TERMO DE APREHENSÃO/DEPÓSITO	<input type="checkbox"/> REQUISIÇÃO PARA EXAME DE CORPO DE DELITO DIRETO

FOTÓGRAFADO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA/ IML ESTVE NO LOCAL?	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
A POLÍCIA CIVIL FOI ACIONADA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Nome e cargo do responsável:		
POLÍCIA CIVIL ESTVE NO LOCAL?	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO			

Houve disparo de arma de fogo por policiais militares nesta ocorrência? SIM NÃO QUANTIDADE DE DISPAROS _____

OUTRAS PROVIDÊNCIAS

8 - ATENDENTE DA OCORRÊNCIA

POSTO/GRADUAÇÃO, RGPM E NOME DO POLICIAL MILITAR	ASSINATURA
CBM - 86PM. 3013914-09. Eduardo Bento	





PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL EMÍDIO - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
REGISTRO DE OCORRÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

192

DADOS DO PACIENTE

Nº 20

NOME: *Heitor da Cunha*DATA: *23/05/2015*SEXO: MAS FEMIDADE: *31*DATA DE NASCIMENTO: *22/02/1984*

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Queimadura | <input type="checkbox"/> Ferimento Arma Branca |
| <input type="checkbox"/> Mal Súbito | <input type="checkbox"/> Urgência Clínica | <input type="checkbox"/> Choque Elétrico | <input type="checkbox"/> Transferência |
| <input type="checkbox"/> Agressão Física | <input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica | <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Já removido |
| <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Urgência Pediátrica | <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio | <input type="checkbox"/> Falso Chamado |
| <input type="checkbox"/> Picada de animais Peçonhentos | <input type="checkbox"/> Urgência Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Ferimento Arma de Fogo | <input type="checkbox"/> Outros: |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA

- Capacete Cinto Airbag
 Assento para criança Nenhum

MEIO DE LOCOMOÇÃO

- Moto Automóvel
 Bicicleta
 Outros:

VÍTIMA

- Condutor Passageiro
 Pedestre Ignorado

- INDÍCIOS DE INGESTÃO
DE BEBIDA ALCOOLICA?
 Sim Não
 Ignorado

EXAME FÍSICO

GLASGOW ()

- | | |
|-----------------|-------------------------------|
| Abertura Ocular | Resposta Verbal |
| 4 - Espontânea | 5 - Orientada |
| 3 - Ao chamado | 4 - Confusa |
| 2 - À dor | 3 - Resposta inapropriada |
| 1 - Não abre | 2 - Palavras incompreensíveis |
| | 1 - Sem resposta |

- | |
|---------------------------|
| Resposta Motora |
| 6 - Obedece aos comandos |
| 5 - Localiza a dor |
| 4 - Movimento de retirada |
| 3 - Flexão énfaral |
| 2 - Extensão énfaral |
| 1 - Sem resposta |

PUPILAS

- Isocônicas
 Anisocônicas
 Midriase
 Miose

HEMORRAGIA

- Ausente
 Mínima
 Moderada
 Intensa

PULSO RADIAL

- Cheio
 Fino
 Ausente

SINAIS VITAIS

1º Verificação 2º Verificação

Hora

P.P.A

Pulso

RESPIRAÇÃO

1º

2º

3º

4º

5º

6º

7º

8º

9º

10º

11º

12º

13º

14º

15º

16º

17º

18º

19º

20º

21º

22º

23º

24º

25º

26º

27º

28º

29º

30º

31º

32º

33º

34º

35º

36º

37º

38º

39º

40º

41º

42º

43º

44º

45º

46º

47º

48º

49º

50º

51º

52º

53º

54º

55º

56º

57º

58º

59º

60º

61º

62º

63º

64º

65º

66º

67º

68º

69º

70º

71º

72º

73º

74º

75º

76º

77º

78º

79º

80º

81º

82º

83º

84º

85º

86º

87º

88º

89º

90º

91º

92º

93º

94º

95º

96º

97º

98º

99º

100º

101º

102º

103º

104º

105º

106º

107º

108º

109º

110º

111º

112º

113º

114º

115º

116º

117º

118º

119º

120º

121º

122º

123º

124º

125º

126º

127º

128º

129º

130º

131º

132º

133º

134º

135º

136º

137º

138º

139º

140º

141º

142º

143º

144º

145º

146º

147º

148º

149º

150º

151º

152º

153º

154º

155º

156º

157º

158º

159º

160º

161º

162º

163º

164º

165º

166º

167º

168º

169º

170º

171º

172º

173º

174º

175º

176º

177º

178º

179º

180º

181º

182º

183º

184º

185º

186º

187º

188º

189º

190º

191º

192º

193º

194º

195º

196º

197º

198º

199º

200º

201º

202º

203º

204º

205º

206º

207º

208º

209º

210º

211º

212º

213º

214º

215º

216º

217º

218º

219º

220º

221º

222º

223º

224º

225º

226º

227º

228º

229º

230º

231º

232º

233º

234º

235º

236º

237º

238º

239º

240º

241º

242º

243º

244º

245º

246º

247º

248º

249º

250º

251º

252º

253º

254º

255º

256º

257º

SENHA = 20190523.011532

UNIDADE MISTA DE SAUDE DE MANOEL EMIDIO

CNPJ: 06.554.125/0002-238

AV. PRIMEIRO DE MAIO, 231-CENTRO

CEP: 64875-000- MANOEL EMIDIO-PI

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E TRANSFERENCIA

NOME: Helio de Moceta e Silva IDADE: 35
DATA: 23/05/19 HORA: 16:30

CASO : CLINICO () TRAUMA (X)

DESCRIÇÃO: foi uma vitima de acidente de moto -
acidente de 60 minutos de evolução deu
intenso em noco VBS trocado pelo
SAMU referindo dor e perco de punho
de perna esquerda

RX de perna esquerda: Enidencia
fratura distal de fibula e placa

HD: Fratura distal de fibula, fibra
esquerda

CONDUTA IMEDIATA:

PA = 130 x 90 mmHg

() SUTURA () IMOBILIZAÇÃO () OBSERVAÇÃO () CURATIVO

() MEDICAMENTOS

① - Decametoren. ampol - 01
② - Aplicar 01 ampol - ampol

() TRANSFERÊNCIA

Hospital Regional de Teresina

Hydro A. S. Neto
MÉDICO/ENFERMEIRO



1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES	2 - CNES 2365146
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES	4 - CNES 2365146
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE HELIO DE MACEDO E SILVA	6 - N° DO PRONTUÁRIO 193899
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 209847776490007	8 - DATA DE NASCIMENTO 22/02/1984
10 - NOME DA MÃE MARIA DIVA BARREIRA MACEDO E SILVA	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2
12 - ENDEREÇO DR. TIBERIO NUNES, 345 - CENTRO	11 - TELEFONE DE CONTATO (89) 9946-08032
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MANOEL EMÍDIO	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 2205904
	15 - UF PI
	16 - CEP 64875-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

T - p - E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNACAO

F -

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

P - f - f

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

P d f u E

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDARIO

23 - CAUSAS ASSOC.

582.3

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osmundo

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNACAO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ORTOPEDIA

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

93755392372

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/05/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Cy

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS
CONFIRA COM O ORIGINAL
DATA 10/06/2019

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESMPPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M220390901

49 - N° DA AUT. DE INTERNACAO HOSP.

45 - CODUMENTO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

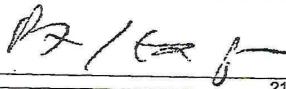
078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Thalles



1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES	2 - CNES 2365146		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES	4 - CNES 2365146		
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE HELIO DE MACEDO E SILVA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 193899		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 209847776490007	8 - DATA DE NASCIMENTO 22/02/1984		
10 - NOME DA MÃE MARIA DIVA BARREIRA MACEDO E SILVA	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2		
12 - ENDEREÇO DR. TIBERIO NUNES, 345 - CENTRO	11 - TELEFONE DE CONTATO (89) 9946-08032		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MANOEL EMÍDIO	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 2205904	15 - UF PI	16 - CEP 64875-000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNACAO			
			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL J2 d / f / E	21 - CID PRINCIPAL 58C.3	22 - CID SECUNDARIO	23 - CAUSAS ASSOC.
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Osmundo			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLINICA ORTOPEDIA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	28 - DOCUMENTO () CNS (x) CPF	29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 93755392372
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/05/2019	32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO
() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR OSMUNDO DE MORAES ANDRADE	44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR M220390901	49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.	
45 - CODIMENTO () CNS (x) CPF	46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 078.977.823-87		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.



(89) 3522-1489

Resumo de Alta / Transferência

I074627 -HELIO DE MACEDO E SILVA

Data:23/05/2019 Leito:0110

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes:

Diagnóstico principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos

1- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____ / ____ / ____

Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____ / ____ / ____

Procedimentos / Exames Invasivos

1- _____ Data: ____ / ____ / ____

2- _____ Data: ____ / ____ / ____

3- _____ Data: ____ / ____ / ____

Condições de Alta / Transferência

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Destino: Residência Atendimento domiciliar Transferência para: _____

Observação: _____

Data: ____ / ____ / ____

Médico

CRM/Carimbo





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO-OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Helio de Marchi e Silveira Reg. Same:
Cirurgia: Orto Fissurão extenso de prot. de tibia Sala: 05
Cirurgião: Dr. Alencar de Souza Auxiliar: Dr. João Souza
Instrumentador: Lendoval Circulante: Raquel / Nádia
Data: 31/05/19 Início: 16h Término: Duracão:

MEDICAMENTO DE SALA

NR	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT	PRET	SUB TOTAL
01	ADRENALINA	Buipivacaina	01 amp		
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA		03 amp		
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g		02 amp		
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON				
14	DOFLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTEL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATÔME ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO		04 frascos		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FERNANDO FERREIRA - PB
CONFECIONADO ORIGINAIS
DATA: 20/05/2020
ASSINADO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES/ FLORIANO-PI
RUA GABRIEL FERREIRA S/N- BAIRRO MANGUINHA FLORIANO – PI

TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU Dhuyne de macedo e Silva
RESIDENTE E DOMICILIADO À
RUA _____
Nº _____ IDENTIDADE
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE
ABAIXO ASSINADO DECLARO:

AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA, APÓS SER INFORMADO SOBRE A NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO, BENEFICIOS E POSSIVEIS RISCOS.

AUTORIZO EM CASO DE INDICAÇÃO MEDICA, A AMPUTAÇÃO DE MEMBRO(S) DO PACIENTE, ASSIM COMO A DESTINAÇÃO FINAL DO MEMBRO AMPUTADO SOB A RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL. MEMBRO _____

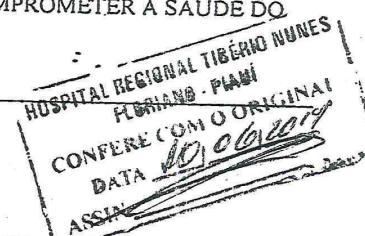
NÃO ACEITO A REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO, ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELO MEU ATO E ESTANDO CIENTE DA IMPORTANCIA DO TRATAMENTO.

NÃO AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL, MESMO ESTANDO CIENTE DA IMPORTANCIA DO PROCEDIMENTO.

NÃO AUTORIZO A TRANSFERENCIA HOSPITALAR MESMO COM DETERMINAÇÃO/ ENCAMINHAMENTO MÉDICO E CIENTE DOS RISCOS QUE PODEM COMPROMETER Á SAUDE DO PACIENTE COM ESTE ATO.

ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE, PARA RETIRAR O PACIENTE ANTES DA ALTA HOSPITALAR, MESMO SABENDO QUE O MEU ATO PODE COMPROMETER Á SAUDE DO PACIENTE.

AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE.



PACIENTE: _____

RESPONSÁVEL: Dhuyne de macedo e Silva

TESTEMUNHA: _____

FLORIANO, 31 DE Maio DE 20 19



**HOSPITAL REGIONAL TÍBERIO NUNES LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA
 CHECKLIST PRE-OPERATÓRIO**

Nome do Cliente: Heitor de Moraes e Silva

Data de nascimento: 20/02/1984

Prontuário: 93899

Endereço: Rua 10 de Junho, 1000 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
 Bairro: Centro Cidade: Rio de Janeiro Estado: RJ

Procedimento Cirúrgico:

Pulseira de Identificação: Sim Não

Horário SSV: 14:30 T: 130 FC: 100 bpm FR: 18 bpm PA: 120/80 mmHg

Glicemia Capilar: mg/dl Acesso Venoso: Periférico Central (especificar local, calibre e nº de dias): 20

SNG: SNE: Drenos (especificar):

Avallação Pré-Anestésica: Sim Não Avallação Cardiológica: Sim Não Utiliza Anticoagulante: Sim Não Último horário:

Sítio Cirúrgico Demarcado: Sim Não Adornos Retirados: Sim Não Utiliza Prótese Dentária: Sim Não

Higienizado: Sim Não Tricotomia: Sim Não Utiliza Prótese Dentária: Sim - Retirada Não

Alergias: Sim Qual: Não Camisola, gorro e pro-pés: Sim Não

Antimicrobiano Profilático: Sim Não Exames essenciais disponíveis: Sim Não

Prontuário completo com ficha de internação: Sim Não Hora do Encaminhamento ao CC:

OBSERVAÇÕES:

Assinatura escarimbo:

*Aline de Souza
 Tec de Enfermagem*

ENFERMEIRO

TECNICO ENFERMAGEM



Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>Heles de Macedo e Silva</u>		Registro:	
Enf.:	Leito:	Apto.:	
Data <u>31-05-19</u>	P. Arterial 	Pulso 	Respiração
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinária	Hemoglobina
Exame de Urina			Hemotócrito
Glicemia			
Dos. Uréia			
Função Respiratória			
Sistema Circulatório		Eletrocardiograma	
Sistema Respiratório		Assina	Bronquite
Sistema Digestivo		Sistema Urinário	
Estado Mental		Corticóides	Ataráxicos
Diagnóstico Pré-Operatório		Outros	
Pré-Meditação (Agentes e Doses)		Aplicado As:	Efeitos:
Agentes Anestésicos	Oxigênio 1 2 3	TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDO	Soluto 500 400 Sangue 300 200 Outros 100		
Temperatura T°	C 260 240 220 38 180 160 36 150 140 34 120 100 32 80 60 40 30 20 10	SEQUÊNCIA	
P. Arterial V A Pulso			
Início e Fim Anestesia X			
Início e Fim Operação			
Respiração O			
SÍMBOLO			
Técnica:	DURAÇÃO		
Operação:	Incidentes - Acidentes		
Cirurgiões:			
Anestesistas:	Corticóides pós-oper. Imediata		



~~Y~~ Mário Nunes

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente	<u>Helei de Mamede Belo</u>	D.N.	<u>22/02/1984</u>
Data:	<u>31/05/19</u>	Admissão às	<u>16:50</u>
Prontuário	<u>193899</u>		
Alergia	<u>Nega</u>		
Procedimento realizado	<u>Fixação extrínseca de fratura do tíbia</u>		
DOS REFERENTES À ANESTESIA			

ESTÉSIA: () Geral; () Raqui; (X) Peridural; () Sedação; () Local; () Bloqueio- Tipo:

ESTESIOLOGISTA: Dr. Odilon CIRURGÃO: Dr. Alvaro Mendes

NTR. (HORÁRIO DE INÍCIO: _____)

ra	15°	15°	15°	15°	30°	30°	30°	30°
so	140x64	143x74	145x77	148x85				
so	62bpm	59bpm	65bpm	58bpm				
D ²	99%	99%	99%	99%				
T								
(0-10)								
Func.	<u>Adolfo Belo</u>	<u>Adolfo Belo</u>	<u>Bruno Belo</u>	<u>Adolfo Belo</u>	<u>Bruno Belo</u>	<u>Adolfo Belo</u>	<u>Bruno Belo</u>	<u>Adolfo Belo</u>

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30°	60°	120°	Observação
idade	Capaz de mover os membros	4	2				
ra sob o	Capaz de mover 2 membros	1	1	1	1	1	
undo	Incapaz de mover os membros	0					
	Respira profundamente ou tosse livremente	2	2	2	2	2	
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apneia	0					
	PA 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2	
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
ência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	2	
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
io de	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2	2	
	Necessita de O ₂ para manter sat O ₂ maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
	TOTAL		09	09	09	09	
	ALTA às						
	Ass. Médico:						



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

OME <u>Jahs Machado e SSphe</u> DATA <u>29/05/11</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES	
DIETALIVRE					
JELCO HIDROLISADO					
RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
GEFALOTINA 1G - 04 AMP IV DE 6/6 HORAS					
DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (S/N)					
TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg					
CURATIVO					
SSV + CCGG					



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI

NAME		ALTA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES	
DIETA LIVRE					
JELCO HIDROLISADO					
RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		1800	0600		
GERALOTINA 4G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		1200	1800		
DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		1200	1800		
THAL-20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		1200	1800		
TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)		1200	2200	0600	
CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA		1200			
PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg					
CURATIVO					
SSW + CCGG					
					
					



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional “Tibério Nunes”

PRESCRIÇÃO MÉDICO

DO PÁTIENTE NOME R/ HORA ÓDIGO	PRONTUÁRIO NOME	CLÍNICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		LETO MÉDICO ASSISTENTE
			QUANT.	HORÁRIOS	
1 - Dieta Geral					
2 - Jeto de Hidrofísade					
3 - Tenoxicam 20mg -01 amp + AD, EV, 12/12h					
4 - Dipirona 2CC + AD, EV, S.O.S					
5 - Ranitidina 50mg -01 amp. + AD, EV, 8/8h					
6 - Plasil -01 amp + AD, EV, S.O.S					
- SSW e CCGG					
<i>8 - Clase 207 nega. S. a. 12</i>					
Dr. Belgaet Bento Beltrao Dr. Belgaet Bento Beltrao ORTOPEDICO CRNI-PI-0509					

Dr. Berghei Béla Béla
ORTOPÉDIA
CRNA-PRÍMUS

Mod. 312 Frente e Verso .. Prescrição



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANTIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		13	14 - (6) AM	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SI se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSV + CCGG				

*Dr. Felipe Matos de Almeida
Ortopedista / Fisiatra
CRM-PI 0331 TEOF. MATS*

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI**

NOME	DATA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ÓRTOPEDIA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	
						RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE							
02. JELCO HIDROLISADO							
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			18	66			
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS							
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS							
06. THALIT 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS							
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)							
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA							
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)							
10. CAPTOPRIL 25 mg SI se PA > 160x110 mmHg							
11. CURATIVO							
12. SSV/V + CCGG							



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI**

NOME	DATA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ÓRTOPEDE
<i>Helio Oliveira Silveira</i>	<i>30/05/19</i>				
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
01. DIETA LIVRE			HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			<i>18/06/2019</i>		<i>420x80 mmHg. Faz sigilo pr orientado, calmo e higiênico e o aguentando. Cirurgia ortopédica. Prof. Anna Chá</i>
04. CEFAZOLINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPRORONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA			<i>18/06/2019</i>		
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SI se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSV + CCGG					

*Dr. Francisco Júlio Góes
Dr. Francisco Júlio Góes*

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI**

NOME	DATA	PREScriÇÃO MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LETO	ORTOPED/
				15	16	17
01. DIETA LIVRE						
02. JELCO HIDROLISADO						
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
04. CEFALOFINA 4G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			18			
05. DIPRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				06		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			12			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (SN)				18	24	06
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA						
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SN)						
10. CAPTOPRIL 25 mg SI se PA > 160x110 mmhg //						
11. CURATIVO						
12. SSW + CCGG						
<i>DR - C. D. P. L. M. - Dr. V. M.</i>			14	22	06	
<i>Assinado por: Dr. V. M.</i>						



Atendimento: E0175872

INTERNADO

Onomatopoeia

Page 24/25/2012

Paciente: HELIO DE MACEDO E SILVA
Médico(a): ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES
Convênio: SUS | Eito: 0110

Leito: 0110 Enformar: 01

Sexo: MASCULINO
Idade: 35 ANOS,3 MESES,1 DIA
Impresso: 24/05/2019

HEMOGRAMA

Material:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,46 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	13,9 g%
HEMATÓCRITO	41,6 %
VCM	93,27 u ³
HCM	31,17 pg
CHCM	33,41 %

4,5 a 5,9 milhões/mm³
12,0 a 17,5 g%
40 a 52 %
80 a 100 U³
26 a 34 pg
31 a 36 %

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	16.500 mm^3	4.500 a 11.000 $/\text{mm}^3$
MIELÓCITOS	0 %	0
METAMIELÓCITOS	0 %	0
BASTONETES	0 %	0
SEGMENTADOS	86 %	0 a 1 % Até 100 $/\text{mm}^3$
BASÓFILOS	0 %	0 a 4 % Até 400 $/\text{mm}^3$
EOSINÓFILOS	0 %	36 a 66 % 2000 a 7500 $/\text{mm}^3$
LINFÓCITOS	1 %	0 a 1 % Até 100 $/\text{mm}^3$
MONÓCITOS	11 %	0 a 4 % 100 a 400 $/\text{mm}^3$
LINFÓCITOS ATÍPICOS	2 %	20 a 40 % 900 a 4400 $/\text{mm}^3$
CONTAGEM GERAL	100,00	2 a 8 % 200 a 800 $/\text{mm}^3$
LAQUETAS	244.000 $/\text{mm}^3$	150.000 a 100.000 $/\text{mm}^3$

150 000 à 400 000 €/t

OBSERVAÇÕES ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE

CBBM:6369-2AEAEI DOUGLAS LIMA - ✓



Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 26/04/2020 09:39:59
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042609393757000000008960343>
Número do documento: 20042609393757000000008960343

Núm. 9398552 - Pág. 2



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Secretaria Municipal de Saúde de
Manoel Emídio**
CNPJ: 06.554.125/0002-20
Rua 12 de outubro, 93 - Centro • CEP: 64.875-000
Manoel Emídio - Piauí

**1^a via - Retenção da Farmácia
2^a via - Orientação ao Paciente**

DATA: 02.07.19

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PREScrição: HECíO DE ALCENO E S. LVA 35000
DA FINNADÉ, VÍTAMINa DA ACIDRÍTICa
POLIOLÍPTICO ANTI-ESPONGIOSO
FENACÍDOL EXTENSa DA FUTURA
DE TRÍaA ESACUDA E STANDO
FENOTACÍDOL PASTA 'O PINTURA
(CFD-10: 2540 + 582)

Francisco Adalberto Nunes
Cirurgia Geral e Endocrinologia
CRM-PI 18851 / ROE 716

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

RG: Org. Emissor:

End. completo: _____

Telefone:

Cidade: _____ UF: _____ ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR





**Secretaria Municipal de Saúde de
Manoel Emídio**

CNPJ: 06.554.125/0002-20
Rua 12 de outubro, 93 - Centro • CEP: 64.875-000
Manoel Emídio - Piauí

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Hélio de Mocedo
e Silva vitimado de acidente
de trânsito motorizado no 06 mês
de outubro - fratura de
tibia esquerda, sendo sub-
metido a procedimento ciru-
gico ortopédico, apresentando
dor, limitação de move-
mento para esquerda
estando impossibilitado de
trabalhar, negando de
recepção para tratamento
me dice é futebolístico
por tempo indeterminado.
(06-10:254.0 + 582)

Manoel Emídio-PI 29/11/19

Dr. Pedro A. S. Neto

MÉDICO
RMS: 2200516/PI

Pedro

CRM





Cirurgia Plástica - Dermatologia - Ortopedia - Otorrinolaringologia - Pediatria
Psiquiatria - Exames Laboratoriais - Fisioterapia - Psicologia - Raio X Digital

RELATÓRIO MÉDICO

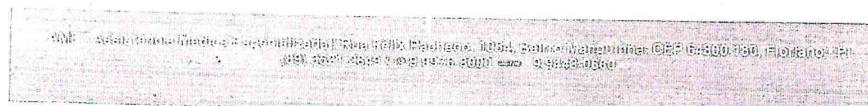
Relato que o paciente Helio de Macedo e Silva, 35 anos, RG 3843952, CPF 934.989.503-04, foi atendido no Hospital Regional Tibério Nunes na cidade de Floriano - PI no dia 23/05/2019, com prontuário médico de número 193899, vítima de acidente motocicístico devidamente registrado com Boletim de Ocorrência de número 070.2019, com trauma na perna esquerda e exames de imagem evidenciando fratura de tibia, submetido a tratamento cirúrgico. Após a alta evolui com dor e edema aos esforços, limitação de flexo-extensão do tornozelo esquerdo de aproximadamente 30% e diminuição da força muscular do membro inferior esquerdo de aproximadamente 30%. Alta ortopédica.

CID: S-82.2

Floriano - PI

16/12/2019

Dr. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedia- Traumatologia
CRM-PI: 4315 / TEOT 14175





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190639123 Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA

Data do Acidente: 23/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HELIO DE MACEDO E SILVA

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

R\$ 2.362,50

Recebedor: HELIO DE MACEDO E SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003563

Conta: 0000012535-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 26/04/2020 09:39:59
<http://tpj1.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042609393757000000008960343>
Número do documento: 20042609393757000000008960343

Nº 9398552 - Pág. 6

PROVIDÊNCIAS (procedimentos realizados: condutor / veículo)								
EXAME ALCÓOLICO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	MEDIÇÃO			Nº TÍQUETE ETILÔMETRO/AUTO DE CONSTATAÇÃO		
ENCAMINHADO DP?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	CONDUTOR AUTUADO?			<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
RECOLHIDA CNH/PD?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	RECOLHIDO CLA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Nº AIT		
GUINCHAMENTO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Nº AUTO RETIRADA		GUINCHADO POR:			<input type="checkbox"/> SEGURADORA <input type="checkbox"/> OPM <input type="checkbox"/> OUTRO
NOME EMPRESA GUINCHO				MOTORISTA				

CARGA (preencher no caso de apreensão)										
TIPO DE CARGA		Nº DA NOTA FISCAL		EMPRESA			<input type="checkbox"/> SEM CARGA			
PESO (kg)	DANOS	<input type="checkbox"/> PARCIAL	<input type="checkbox"/> TOTAL	NATUREZA DA CARGA			<input type="checkbox"/> PROD. PER.	<input type="checkbox"/> PERECÍVEL	<input type="checkbox"/> INDIVISÍVEL	<input type="checkbox"/> OUTRA
Nº DA ONU	POSSUI TACÓGRAFO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO							

RELATO INDIVIDUAL

LOCAL	<i>Mauel Cício</i>	DATA/HORA	<i>19/06/2019, 15:30h</i>	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA COMPROMISSADA
<p><i>→ Sofri um acidente de trânsito quando cruzava minha motocicleta XRE 300 com Vermelha placa. OED 6701. Quando ia fazer uma curva viosos a cair e sofrer uma fratura na perna esquerda</i></p>				

USO DE ALGEMA

Este envolvido foi algemado?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	JUSTIFICATIVA	<input type="checkbox"/> Resistência	<input type="checkbox"/> Perigo à integridade física própria ou alheia
			<input type="checkbox"/> Fundação receio de fuga		

MANIFESTAÇÃO DO OFENDIDO

<input type="checkbox"/> Declaro o meu interesse em não exercer, neste momento, o direito de representação ou queixa contra o autor do fato, estando ciente, para os fins previstos nos arts. 103 e 38, do Código Penal e Código de Processo Penal, respectivamente, que devo exercer o direito de representação ou de queixa, no prazo de 06 (seis) meses, a contar desta data, sendo certo que meu silêncio, acarretará a extinção de punibilidade, na forma do art. 107, inc. IV, do Código Penal.

ASSINATURA DO ENVOLVIDO:	<i>Helio de macêdo silva</i>
--------------------------	------------------------------

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Eu, _____, Função _____
em _____ / _____ / _____, no(a) _____, recebi:
<input type="checkbox"/> A pessoa acima qualificada, nas condições físicas e portando os objetos descritos nos campos de qualificação
<input type="checkbox"/> As coisas apreendidas, registradas no campo "apreensões" deste Boletim de Ocorrência e associada a este envolvido.
ASSINATURA

