



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
9398543	26/04/2020 09:40	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
9398544	26/04/2020 09:40	<a href="#">DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_1</a>	Documentos
9398545	26/04/2020 09:40	<a href="#">DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_2</a>	Documentos
9398546	26/04/2020 09:40	<a href="#">DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_3</a>	Documentos
9398547	26/04/2020 09:40	<a href="#">DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_4</a>	Documentos
9398548	26/04/2020 09:40	<a href="#">DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_5</a>	Documentos
9398549	26/04/2020 09:40	<a href="#">DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_6</a>	Documentos
9398550	26/04/2020 09:40	<a href="#">DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_7</a>	Documentos
9398551	26/04/2020 09:40	<a href="#">DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_8</a>	Documentos
9398552	26/04/2020 09:40	<a href="#">DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_9</a>	Documentos
9398553	26/04/2020 09:40	<a href="#">DOCUMENTOS - HÉLIO DE MACEDO E SILVA-otimizado_10</a>	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 Nº 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 Nº 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 Nº 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 vítima:**

**(...) 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 expresse 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 á 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 – ACÓRDÃOS**

**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/CRSNSP 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**







ADVOCACIA &  
CONSULTORIA  
ESPECIALIZADA

Thalles Augusto Oliveira Barbosa  
Advogado

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Pelo presente instrumento particular de mandato o Sr.  
HELIO 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,  
Maracá, Estado do 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.

Helio de macêdo e Silva

Rua Jornalista Dondom, nº 2487, bairro Horto Florestal, Teresina/PI - Tel. (86) 99860-5476  
e-mail: beatte@hotmail.com





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
ERAL 3.843.952 DATA DE  
EXPEDIÇÃO 19/12/12

**HELIO DE MACÊDO E SILVA**

FILIAÇÃO  
MARIA DIVA BARREIRA MACÊDO 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  
TERESINA - PI 934.989.503-04

ASSINATURA DO DIRETOR

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0003429

*Helio de macêdo e silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR  
**HELIO DE MACEDO E SILVA**

DATA DE NASCIMENTO 22/02/1984 Nº INSCRIÇÃO 10437741589 D.V. 067 SEÇÃO 0006

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

JUIZ ELEITORAL  
*Heitor José de Macedo e Silva*

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL


POLEGAR DIREITO

*Helio de macêdo e silva*  
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Dezembro/2005

 **CORREIOS**  
www.correios.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

934.989.503-04

HELIO DE MACEDO E SILVA

22/02/1984

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

**SUS**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

209 8477 7649 0007

Nome: HELIO DE MACEDO E SILVA

Data de Nascimento: 22/02/1984

Sexo: M

Data de emissão: 02/11/13 09:40

Município de residência: MANOEL EMIDIO

UF: PI







AGESPISA - 06.845.747/0001-27

Nº Documento: 2019115900808

ESCRITÓRIO MANOEL EMIDIO

MATRÍCULA 00590080.8	CLIENTE HELIO DE MACEDO E SILVA	CPF/CNPJ: 934.989.503-04	VENCIMENTO 26/11/2019
INSCRIÇÃO 059.001.001.0830.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA DR TIBERIO NUNES, NUM. 295 - CENTRO MANOEL EMIDIO PI 64875-000	FATURA 11/2019-5	
RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA		ÁGUA LIGADA	ESGOTO 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		LEITURA ANTERIOR ATUAL 2426 2426 27/09/2019 29/10/2019	
ECONOMIAS 1 10		CONSUMO (M³) DIAS 10 32	
CONS. POR ECONOMIA M 30 53210		CONSUMO/DIA (M³) 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	TURBIDEZ (uT)	CLORO
PARÂMETROS (Valores Médios)		
VIA CLIENTE		
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
Emitido por: INTERNET		
Emitido em: 13/11/2019		

AGESPISA ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ S.A.	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  
POLÍCIA MILITAR

ORGANIZAÇÃO POLICIAL MILITAR  
2ª CIA 139ª BTL

DOS ENVOLVIDOS

Ocorrência Nº  
070-2019

DADOS GERAIS DO ENVOLVIDO

E-1	ENVOLVIDO	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"/> PASSAGEIRO
				<input type="checkbox"/> AUTOR DO FATO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA			<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<input type="checkbox"/> VÍTIMA	
		NOME <b>HELIO DE MACEDO E SILVA</b>								
		NOME DA MÃE <b>MARIA DINA BARREIRA MACEDO E SILVA</b>			NOME DO PAI <b>PEDRO BARBOSA DA SILVA</b>					
		DATA DE NASCIMENTO <b>22/02/1984</b>		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NACIONALIDADE <b>BRASILEIRO</b>		NATURAL DE <b>BERTOLÍNIA</b>			
		PROFISSÃO <b>ARMADOR DE FERRO</b>						LOCAL DE TRABALHO		
		ESTADO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> VIÚVO								
		<input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DESQUITADO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO <b>559975</b>								
		GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> NÃO ALFABETIZADO <input type="checkbox"/> SEMI ALFABETIZADO <input checked="" type="checkbox"/> FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> MÉDIO						SITUAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> INCOMPLETO <input type="checkbox"/> CURSANDO		
		<input type="checkbox"/> SUPERIOR <input type="checkbox"/> PÓS-GRADUADO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO								
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 <b>934.989.503-04</b>			RG - NÚMERO <b>3.843.952</b>			DATA EMISSÃO <b>30/02/12</b>		ÓRGÃO EMISSOR <b>SSP</b>		UF <b>PI</b>
CNH - NÚMERO REGISTRO			DATA DE VALIDADE			UF/PAÍS DE EXPEDIÇÃO		<input type="checkbox"/> NÃO HABILITADO		
ENDEREÇO RESIDENCIAL - CEP			CAIXA POSTAL		TIPO DE LOGRADOURO <b>RUA</b>		LOGRADOURO <b>DR. TIBÉRIO ALVES</b>			
NÚMERO <b>295</b>		COMPLEMENTO			BAIRRO <b>CENTRO</b>		MUNICÍPIO <b>MANOEL EMÍLIO</b>			
ESTADO <b>PIAUÍ</b>			PAÍS <b>BRASIL</b>			REFERÊNCIA				
TIPO DE TELEFONE <b>CELULAR</b>		DDD	NÚMERO <b>99469-7149</b>		RAMAL	EMAIL				
ENDEREÇO COMERCIAL - CEP			CAIXA POSTAL		TIPO DE LOGRADOURO		LOGRADOURO			
NÚMERO		COMPLEMENTO			BAIRRO		MUNICÍPIO			
ESTADO			PAÍS			REFERÊNCIA				
TIPO DE TELEFONE		DDD	NÚMERO		RAMAL	EMAIL				
CONDIÇÕES FÍSICAS <input type="checkbox"/> SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ <input type="checkbox"/> SOB EFEITO DE DROGA ILÍCITA <input type="checkbox"/> PROBLEMA CLÍNICO <input type="checkbox"/> PORTADOR DE DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> PARTURIENTE										
<input type="checkbox"/> SEM LESÕES <input type="checkbox"/> LESÕES LEVES <input checked="" type="checkbox"/> LESÕES GRAVES OU GRAVÍSSIMAS <input type="checkbox"/> ÓBITO										
BENS QUE PORTAVA CONSIGO (vestuário, objetos, dinheiro, etc.)										

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

VEÍCULO	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-__					
	PLACA <b>OED-6704</b>		RENAVAN ou CHASSI <b>485097591</b>		ESPÉCIE/TIPO <b>MOTOCICLO</b>	
	COR PREDOMINANTE <b>VERMELHA</b>		ANO FABRIC. <b>2011</b>		Nº DPVAT <b>032302080175</b>	
	NOME SEGURADORA		MUNICÍPIO VEÍCULO/UF		PAÍS	
PROPRIET.	PROPRIETÁRIO <b>ROBERVAL DOS SANTOS BRITO</b>				CPF/CNPJ <b>031.650.053-46</b>	
	ENDEREÇO				BAIRRO	
	MUNICÍPIO/UF		CEP		TELEFONE	
	MUNICÍPIO/UF		CEP		NACIONAL	
OUTROS	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						





<b>PROVIDÊNCIAS</b> (procedimentos realizados: condutor / veículo)			
EXAME ALCÓOLICO?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MEDICÃO	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	
<b>CARGA</b> (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>Miguel Enríque</i>	DATA/HORA	<i>19/06/2014 ; 15:30h</i>	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA COMPROMISSADA
<p><i>2. Sofri um acidente de trânsito quando conduzia minha motocicleta XRE 300 cor vermelha placa OED 6704 quando ia fazer uma curva virada à esquerda e sofrer uma protusão 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"/> Fundado 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 macedo e 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





ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR

BOLETIM DE Ocorrência

ORGANIZAÇÃO POLICIAL MILITAR

2ª CIA / 199º BTL

Ocorrência Nº

070-2019

☐ COMUNICAÇÃO DE Ocorrência POLICIAL

☐ PRISÃO/APREENSÃO

☐ TERMO CIRCUNSTANCIADO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO

☐ BOA

☐ OUTROS

ESPECIFICAÇÃO	FATO	COMUNICAÇÃO	ATENDIMENTO	FECHAMENTO
DATA/HORA	23/05/2019 15:00h	19/06/2019 11:30h	19/06/2019 11:30h	19/06/2019 11:50h

1 - FATO

DESCRIÇÃO	ACIDENTE DE TRANSITO	ENVOLVIDO(S)
DESCRIÇÃO		ENVOLVIDO(S)
DESCRIÇÃO		ENVOLVIDO(S)

2 - LOCAL

LOGRADOURO	Av. 1º DE MAIO	Nº/Km	BAIRRO
MUNICÍPIO	MAUDEL EMÍDIO	CEP	PONTO DE REFERÊNCIA (COORDENADAS GEOGRÁFICAS)
	64875-000		PRACA MATRIZ

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 LOTÉICA
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"/> SINDICATO	<input type="checkbox"/> COOPERATIVA	<input type="checkbox"/> RELIGIOSA (IGREJA/TEMPLO)
	<input type="checkbox"/> DE BAIRRO	<input type="checkbox"/> FILANTRÓPICA	<input type="checkbox"/> POLÍTICA
	<input type="checkbox"/> OUTROS		
6 TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> AEROPORTO	<input type="checkbox"/> PORTO	<input type="checkbox"/> TERMINAL URBANO
	<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"/> APARTAMENTO	<input type="checkbox"/> CONDOMÍNIO DE APARTAMENTOS	<input type="checkbox"/> ABANDONADA
			<input type="checkbox"/> SEM MORADOR
			<input type="checkbox"/> MORADOR PRESENTE
			<input type="checkbox"/> MORADOR AUSENTE
			<input type="checkbox"/> EM CONSTRUÇÃO
9 MERCADO	<input type="checkbox"/> MERCEARIA	<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"/> PARQUE DIVERSÃO	<input type="checkbox"/> RESTAURANTE	<input type="checkbox"/> SORVETERIA
	<input type="checkbox"/> PRAÇA DESPORTIVA	<input type="checkbox"/> CENTRO DE EVENTOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
	<input type="checkbox"/> CIRCOS	<input type="checkbox"/> DANCETERIA	<input type="checkbox"/> LANCHONETE
	<input type="checkbox"/> TEATRO	<input type="checkbox"/> LAN HOUSE	<input type="checkbox"/> CINEMA
11 COMÉRCIO	<input type="checkbox"/> ARMAS MUNIÇÃO	<input type="checkbox"/> AUTOPEÇAS	<input type="checkbox"/> BANCA REVISTA
	<input type="checkbox"/> INFORMÁTICA	<input type="checkbox"/> JOÍAS/RELÓGIOS	<input type="checkbox"/> MAT. CONSTRUÇÃO
	<input type="checkbox"/> VESTUÁRIO	<input type="checkbox"/> VÍDEO LOCADORA	<input type="checkbox"/> MÓVEIS
	<input type="checkbox"/> BEBIDAS	<input type="checkbox"/> CALÇADOS	<input type="checkbox"/> ELETROELETRÔNICOS
	<input type="checkbox"/> ESPORTIVO	<input type="checkbox"/> PAPELARIA	<input type="checkbox"/> VEÍCULOS
	<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"/> PAPEL/CELULOSE	<input type="checkbox"/> PETROQUÍMICA/QUÍMICA	<input type="checkbox"/> AGROINDÚSTRIA
	<input type="checkbox"/> METALURGIA	<input type="checkbox"/> TÊXTIL	<input type="checkbox"/> SIDERÚRGICA
	<input type="checkbox"/> OUTROS		<input type="checkbox"/> MOVELEIRA
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"/> CONsertos/REPAROS
	<input type="checkbox"/> AGÊNCIA DOS CORREIOS	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> TRANSPORTADORA
	<input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA/LIMPEZA	<input type="checkbox"/> CONSTRUTORA	
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"/> GREVE	<input type="checkbox"/> INVASÃO	<input type="checkbox"/> LEILÃO
	<input type="checkbox"/> COMÍCIO	<input type="checkbox"/> EXPOSIÇÃO FEIRA	<input type="checkbox"/> FUTEBOL
	<input type="checkbox"/> PASSEATA/MANIFESTAÇÃO	<input type="checkbox"/> RELIGIOSO	<input type="checkbox"/> RODEIO
	<input type="checkbox"/> SHOW		
CIRCULAÇÃO DE VEÍCULOS	<input type="checkbox"/> POUCO	<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"/> PICHACÃO	<input type="checkbox"/> LIXO NAS RUAS	<input type="checkbox"/> TERRENOS BALDIOS
	<input type="checkbox"/> CONSTRUÇÕES ILEGAIS	<input type="checkbox"/> AMBULANTES ILEGAIS	<input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO IRREGULAR DE ESPAÇO PÚBLICO
	<input type="checkbox"/> MÁ CONSERVAÇÃO VIAS	<input type="checkbox"/> MÁ CONSERVAÇÃO RESIDÊNCIAS	<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/MARTELO	<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. Helio de Macedo e Silva veio até este OPM de Manoel Emídio, 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 OED-6704-MANUEL EMÍDIO-P1, 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.

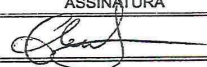
#### 6 - DADOS DOS OBJETOS (Número da participação - descrição - quantidade - vínculo com o envolvido)

PARTICIPAÇÃO DO OBJETO					
1 - APREENDIDO	2 - FURTADO	3 - ROUBADO	4 - PERDIDO	5 - ENCONTRADO	6 - RECUPERADO
DESTINO DO(S) OBJETO(S)					

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

DOCUMENTOS		<input type="checkbox"/> TERMO DE MANIFESTAÇÃO DO OFENDIDO	<input type="checkbox"/> TERMO DE COMPROMISSO DE COMPARECIMENTO
		<input type="checkbox"/> TERMO DE APREENSÃO/DEPÓSITO	<input type="checkbox"/> REQUISIÇÃO PARA EXAME DE CORPO DE DELITO DIRETO
FOTOGRAFADO?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA/ IML ESTEVE 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 ESTEVE NO LOCAL?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
HOUE DISPARO DE ARMA DE FOGO POR POLICIAIS MILITARES NESTA OCORRÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANTIDADE DE DISPAROS _____			
OUTRAS PROVIDÊNCIAS			

#### 8 - ATENDENTE DA OCORRÊNCIA

POSTO/GRADUAÇÃO, RGPM E NOME DO POLICIAL MILITAR	ASSINATURA
CBM - A6PM. 12139/4-09. Eduardo Dantas	





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

DADOS DO PACIENTE

DATA: 23/05/2018

NOME:

SEXO:

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

- ☒ ) Acidente de Trânsito  
☐ ) Mal Súbito  
☐ ) Agressão Física  
☐ ) Afogamento  
☐ ) Picada de animais Peçonhentos  
☐ ) Envenenamento  
☐ ) Urgência Clínica  
☐ ) Urgência Obstétrica  
☐ ) Urgência Pediátrica  
☐ ) Urgência Psiquiátrica  
☐ ) Queimadura  
☐ ) Choque Elétrico  
☐ ) Queda  
☐ ) Tentativa de Suicídio  
☐ ) Ferimento Arma de Fogo  
☐ ) Ferimento Arma Branca  
☐ ) Transferência  
☐ ) Já removido  
☐ ) Falso Chamado  
☐ ) 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 ALCOÓLICA?

- ☐ ) Sim  
☒ ) Não  
☐ ) Ignorado

EXAME FÍSICO

GLASGOW ( )

Abertura Ocular

4 - Espontânea

3 - Ao chamado

2 - À dor

1 - Não abre

Resposta Verbal

5 - Orientada

4 - Confusa

3 - Resposta

inapropriada

2 - Palavras

incompreensíveis

1 - Sem resposta

Resposta Motora

6 - Obedece aos comandos

5 - Localiza a dor

4 - Movimento de retirada

3 - Flexão anormal

2 - Extensão anormal

1 - Sem resposta

PUPILAS

☐ ) Isocônicas

☒ ) Anisocônicas

☐ ) Midríase

☐ ) Miose

HEMORRAGIA

☐ ) Ausente

☒ ) Mínima

☐ ) Moderada

☐ ) Intensa

PULSO RADIAL

☐ ) Cheio

☒ ) Fino

☐ ) Ausente

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

☐ ) Aspiração

☐ ) Oxigênio

☐ ) Hemostasia

☐ ) Ass. Obstétrica

☐ ) Ventilação Artificial

☐ ) Monitorização

☐ ) Acesso Venoso - Solução

☐ ) Imobilização de extremidades

☐ ) Prancha longa

☐ ) Colar Cervical

☐ ) Outros:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADAS

SINAIS VITAIS

Hora

P.A.

Pulso

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

SATURACÃO

GLICEMIA

1ª Verificação

2ª Verificação

3ª Verificação

4ª Verificação

5ª Verificação

6ª Verificação

7ª Verificação

8ª Verificação

9ª Verificação

10ª Verificação

11ª Verificação

12ª Verificação

13ª Verificação

14ª Verificação

15ª Verificação

16ª Verificação

17ª Verificação

18ª Verificação

19ª Verificação

20ª Verificação

21ª Verificação

22ª Verificação

23ª Verificação

24ª Verificação

25ª Verificação

26ª Verificação

27ª Verificação

28ª Verificação

29ª Verificação

30ª Verificação

31ª Verificação

32ª Verificação

33ª Verificação

34ª Verificação

35ª Verificação

36ª Verificação

37ª Verificação

38ª Verificação

39ª Verificação

40ª Verificação

41ª Verificação

42ª Verificação

43ª Verificação

44ª Verificação

45ª Verificação

HOSPITAL DE DESTINO:

Profissional Receptor do Hospital

CONCEM 1193160

EQUIPE DO SAMU



SENHA = 2019 05 23.011532

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 Macedo e Silva IDADE: 35  
DATA: 23/05/19 HORA: 16:30

CASO: CLINICO ( ) TRAUMA (X)

DESCRIÇÃO: Paciente vitimado de acidente de moto-  
cicleta de 60 minutos de evolução deu  
entrada em UBS trazido pela  
SAMU referindo dor e perda de função  
de perna esquerda.

RX de perna esquerda: Evidência  
fratura distal de tíbio e fíbula

HD: Fratura distal de fíbula e tíbio  
esquerda.

CONDUTA IMEDIATA:

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

1 - Decoratex 4ml - 01  
2 - Analgésico 100mg - 01  
3 - Analgésico 100mg - 01

( ) TRANSFERÊNCIA

Hospital regional e UBS.

Dr. Pedro 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			
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		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
T - p - E		T - p - E	

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL T - p - E		21 - CID PRINCIPAL S82.5	
		22 - CID SECUNDÁRIO	
		23 - CAUSAS ASSOC.	

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Ortopedia		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA 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 VIOLÊNCIAS)			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO		37 - Nº DO BILHETE	
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE EMPRESA	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		41 - CBOR	

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR OSMUNDO DE MORAES ANDRADE	44 - Cód. ORGÃO EMISSOR M220390901
45 - CODUMENTO ( ) 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)
49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.	





1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES		2 - CNES 2365146	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES		4 - CNES 2365146	

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	
9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2		10 - NOME DA MÃE MARIA DIVA BARREIRA MACEDO E SILVA	
11 - ENDEREÇO DR. TIBÉRIO NUNES, 345 - CENTRO		12 - 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  
*T - y - E*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO  
*A -*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
*P2 / E -*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
*P2 de f - E*

21 - CID PRINCIPAL  
*S8L.5*

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osmundo</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA 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 VIOLÊNCIAS)**

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

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

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

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR OSMUNDO DE MORAES ANDRADE		44 - Cód. ORGÃO EMISSOR M220390901	
45 - CODUMENTO ( ) 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)	
49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.			



Hora: 21:27

## BOLETIM DE ADMISSÃO

MAR

**193899 - HELIO DE MACEDO E SILVA**

**SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 22/02/1984 - 35 ANOS, 3 MESES, 1 DIA**

Clinica: ORTOPEDIA

Enfermaria: 01- OBSERVAÇÃO

Leito: 0110

Convênio: SUS

Escolaridade:

CPF: 934.989.503-04

RG: 3743952

Médico: 4462 - ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

C/N:

SIS Prenatal:

Endereço: DR. TIBERIO NUNES, N° 345 - CEP: 64875-000

Bairro: CENTRO

Cidade: 2205904- MANOEL EMIDIO/PI

Profissão: ARMADOR

Telefone: ( ) -

Pai: PEDRO BARBOSA DA SILVA

Mãe: MARIA DIVA BARREIRA MACEDO E SILVA

Responsavel: HELIO DE MACEDO E SILVA - ( ) -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

### Diaria de Acompanhante:



Sim



Não

*Massia Manuelle*  
Massia Manuelle  
Ribeiro da Silveira  
ASSISTENTE SOCIAL  
CRESS - 0037-SEC  
22ª Região / PI

### Resultado

Adm.: \_/\_/\_

Alta: \_/\_/\_

☐  
☐  
☐  
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐  
☐  
☐  
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐  
☐  
☐

-48 Horas

+48 Horas

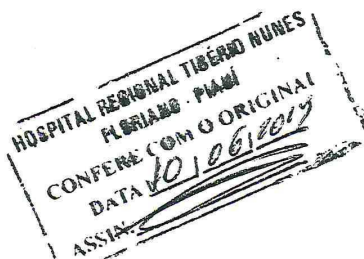
Obito

Transferido

### História Clínica

Diagnóstico Provável

*Fx 2ª e 3ª E*



ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES



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

[illegible]



**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: Helena de Macedo e Silva Reg: Same  
Cirúrgia: Fixação externa de prot. de tíbia Sala: 05  
Cirurgião: Dr. Alexandre Auxiliar: Dr. João Soares  
Instrumentador: Leandro Circulante: Paula / Mariana  
Data: 31 / 05 / 19 Início: 16h Término:  Duração:

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	PUNTO	SUB-TOTAL
01	ADRENALINA	Bupivacaína	01 amp		
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA		03 amp		
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g		02 amp		
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON				
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOGORTID				
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	PROSTIGMINE				
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  
PEDIATRIA - PEDI  
CONFERE COM O ORIGINAT  
DATA 20/06/2019  
ASSIN



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 Thayane de Macedo e Silva  
RESIDENTE \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ DOMICILIADO \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_  
RUA \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL PELO PACIENTE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ABAIXO ASSINADO DECLARO:

( ) AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA, APÓS SER INFORMADO SOBRE A NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO, BENEFÍCIOS E POSSÍVEIS RISCOS.

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

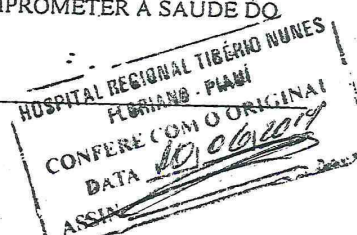
( ) NÃO ACEITO A REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO. ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELO MEU ATO E ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.

( ) NÃO AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL, MESMO ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO PROCEDIMENTO.

( ) NÃO AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR MESMO COM DETERMINAÇÃO/ ENCAMINHAMENTO MÉDICO E CIENTE DOS RISCOS QUE PODEM COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE COM ESTE ATO.

( ) ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE, PARA RETIRAR O PACIENTE ANTES DA ALTA HOSPITALAR, MESMO SABENDO QUE O MEU ATO PODE COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE.

☒ AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA \_\_\_\_\_ ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE.



PACIENTE: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: Thayane de Macedo e Silva  
TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

FLORIANO, 31 DE Novo DE 20 19





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA -  
CHECK LIST PRÉ-OPERATORIO

Data de nascimento: 22/02/84

Ent/Leito; Xuxuxu

mi/Leito, Kipouad/maer  
Poubo Ocio no

Horário SSV: 24

○  
I  
K  
F

ECIDE hnm EB.

[illegible]

**Acesso Venoso:**

**X** **P** **e** **r** **f** **e** **i** **n** **o**

( ) Central (asn

...sacrificare: locum colligere a se

(9) 0.0000

SNG ( ) SNE ( ) Dienos (especificar):

Jejum (X) Sim ( ) Não. A partir das:

Avaliação Pré-Anestésica: ( ) Sim (☒) Não     
 Avaliação Cardiologia: ( ) Sim (☒) Não     
 Utiliza Anticoagulante: ( ) Sim (☒) Não     
 Iluminação: ( ) Sim (☒) Não

Higienizado: ☒ Sim ☐ Não

INAO

**Animals Retrained:**

Sim ( ) Nào

Utiliza Prótese De

ntaria: ( ) Sim - Retirada

(2)  $\text{NO}_2$

Alergias: ( ) Sim Qual:

Na

Exames essenciais disponíveis: ☒ Sim ☐ Não

Alimentação Profilático: ( ) Sim ( ) Horário

~~X~~ Sim ( ) Não

Hora do Encaminhamento ao CC:

**OBSERVAÇÕES:**

**Assinatura e carimbo:**

ENFERMEIRO

**Almeida & Sousa**  
Alimentação de Saúde  
Téc de Enfermagem  
CNPJ nº 072.414.111-00  
**TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

ASSIGN  
DATA  
CONTINUED  
JUL 19 1964





Hospital Regional "Tibério Nunes"  
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>Neleto de Macedo e Silva</u>							Registro: _____
Enf.: _____							Leito: _____
Apto.: _____							
Data <u>31-05-19</u>	P. Arterial <u>100/70</u>	Pulso <u>80</u>	Respiração	Temperatura	Peso	Altura	
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinetria	Hemoglobina	Hemotócrito	Glicemia	Dos. Uréla	
Exame de Urina							
Função Respiratória							
Sistema Circulatório				Eletrocardiograma			
Sistema Respiratório				Assina		Bronquite	
Sistema Digestivo			Sistema Urinário				
Estado Mental			Corticóides	Ataráclicos	Outros		
Diagnóstico Pré-Operatório				Risco			
Pré-Medicação (Agentes e Doses)			Aplicado As:		Efeitos:		
Agentes Anestésicos	Oxigênio					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDO	Soluto 500 400 Sangue 300 200 Outros 100					SEQUÊNCIA	
Temperatura T°	38 260 240 220 180 160 150 140 120 100 80 60 40 20 10					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
P. Arterial V A	36						
Pulso	34						
Início e Fim Anestesia X	32						
Início e Fim Operação	30						
Respiração O							
SÍMBOLO							
Técnica:							
Operação:							
Cirurgiões:							
Anestesistas:							
						DURAÇÃO	
						Incidentes - Acidentes	
		Corticóides pós-oper. Imediata					



**Flávio Nunes**

## RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente: Helio do Prado Silva D.N. 22/02/1984  
 Data: 31/05/19 Admissão às 16:40 Prontuário 193899  
 Alergia: Nega Procedimento realizado: Fixação externa de fratura de tíbia

### DOS REFERENTES À ANESTESIA

ANESTESIA: ( ) Geral; ( ) Raqui; (X) Peridural; ( ) Sedação; ( ) Local; ( ) Bloqueio- Tipo: \_\_\_\_\_

ESTESIOLOGISTA: Dr. Edilson CIRURGIÃO: Dr. Alexandre

NTRES (HORÁRIO DE INÍCIO: \_\_\_\_\_)

Tempo	15'	15'	15'	15'	30'	30'	30'	30'
Pressão	140x64	143x72	145x77	148x85				
Frequência	62bpm	59bpm	65bpm	58bpm				
Saturação	99%	99%	99%	99%				
Temperatura								
Respiração								
Funcionamento	<u>Art. 1º</u>	<u>Art. 2º</u>	<u>Art. 3º</u>	<u>Art. 4º</u>				

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
Capacidade para sob o membro	Capaz de mover os 4 membros	4	2				
	Capaz de mover 2 membros	1	1	1	1		
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2	2	2	2		
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
Profundidade	PA 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2		
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	2	2	2		
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Necessidade de O2	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2		
	Necessita de O2 para manter sat O2 maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O2 suplementar	0					
TOTAL			09	09	09		

ALTA às \_\_\_\_\_

Ass. Médico: \_\_\_\_\_





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

NOME <u>Thalles Augusto Oliveira Silva</u> DATA <u>23/05/19</u> PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DIETA LIVRE	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
JELCO HIDROLISADO	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	06:00		ad. cel. Prurido	
GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			ad. cel. m. S.D. 4/12/19	
DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (SN)			observado sintomas	
TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (SN)			Nunca houve alergia	
TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
GLEAXANE 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				
<u>Thalles Augusto Oliveira</u> Enfermeiro(a)				

FLORIANO-P





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

OME	Heloê de Paula		
PRESCRIÇÃO MÉDICA	VIA 26.05/11		
DIETA LIVRE	ALA	ENF. OU APT.	LEITO
JELCO HIDROLISADO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	OBSERVAÇÕES		
GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	HORÁRIO MEDICAÇÃO		
DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18/05/2011 06:00		
THIATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18/05/2011 12:00		
TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	18/05/2011 24:00		
CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA	18/05/2011		
PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			
CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg			
CURATIVO			
SSV + CCGG			

Dr. João Soares Junior  
 Médico Assistente em Medicina  
 26.05.2011





Secretaria de Saúde do Estado do Piauí  
Hospital Regional "Tibério Nunes"

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

DO PACIENTE NOME ID	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
						HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
1 - Dieta Geral							
2 - Jeito Hidratado							
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							
7 - SSW e CCGG							
8 - Cleare 307 mg, 5x/dia							
<p>Dr. Bergiel Barbosa Bezerra ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-P/5529</p>							



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

NOME <u>Thalles Augusto Oliveira</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA <u>25/5/18</u>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01. DIETA LIVRE		OBSERVAÇÕES			
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
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 SFO, 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 SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSV + CCGG					

*Dr. Felipe Nunes de Almeida*  
 ORTOPEDISTA - ATENDIMENTO  
 CRM-PI: 4013 / TEOT: 14173



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

NOME: Thalles Augusto Oliveira Barbosa

DATA: 29/05/18 **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

	ALTA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. HEATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 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 SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCGG					

*Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 26/04/2020 09:39:58*

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

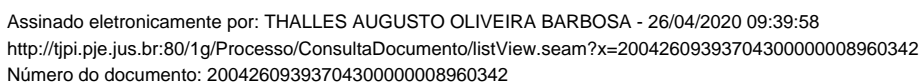
NOME <u>Melcio de Melo e Silva</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>20/05/19</u>		HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01. DIETA LIVRE					OBSERVAÇÕES
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. <del>CETACOLINATO</del> 01 AMP 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 SF0.9% 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 SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCGG					

Dr. Thaltes Augusto Oliveira Barbosa  
 CRM-PI: 15601-1  
 Hospital Regional Tiberio Nunes  
 Floriano-PI





FLORIANO-P

[illegible]

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

NOME: <u>Thalles Augusto Oliveira Barbosa</u>		ALA:	ENF. OU APT.:		LEITO:	ORTOPEDIA:
DATA: <u>01/06/18</u>		PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
01. DIETA LIVRE		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
02. JEICO HIDROLISADO						
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		18		06		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		12		06		
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		12		06		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		12		06		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 9% IV 8/8 HORAS (S/N) //		14				
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA		14				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) //		14				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg //		14				
11. CURATIVO		14				
12. SSV + CCGG		14				



Atendimento: E0175872



INTERNADO

Coletado:

Data: 24/05/2019

Paciente: HELIO DE MACEDO E SILVA

Médico(a): ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

Convênio: SUS

Leito: 0110 Enfermaria: 01

Sexo: MASCULINO

Idade: 35 ANOS, 3 MESES, 1 DIA

Impresso: 24/05/2019

## HEMOGRAMA

Material:

Método:

### ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,46 milhões/mm <sup>3</sup>	4,5 a 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA	13,9 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	41,6 %	40 a 52 %
VCM	93,27 u <sup>3</sup>	80 a 100 U <sup>3</sup>
HCM	31,17 pg	26 a 34 pg
CHCM	33,41 %	31 a 36 %

### SERVAÇÕES

### LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	16.500 mm <sup>3</sup>	4.500 a 11.000 /mm <sup>3</sup>
MIELÓCITOS	0 %	0
METAMIELÓCITOS	0 %	0
BASTONETES	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm <sup>3</sup>
SEGMENTADOS	86 %	0 a 4 % Até 400 /mm <sup>3</sup>
BASÓFILOS	0 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm <sup>3</sup>
EOSINÓFILOS	1 %	0 a 1 % Até 100 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS	11 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm <sup>3</sup>
MONÓCITOS	2 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm <sup>3</sup>
CONTAGEM GERAL	100,00	100%

### LAQUETAS

244.000 /mm<sup>3</sup>

150.000 a 400.000 /μL

### OBSERVAÇÕES

#### ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE.

CRBM:6369-R.A.FAEL DOUGLAS LIMA DE CARVALHO





## 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

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

DATA: 02/07/19

PACIENTE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO: HELIO MÊNICO

HELIO DE MACEDO E SILVA, 35 ANOS  
DE FUNDADA, VÍTIMA DE ACIDENTE DE  
TRANSPORTE, APRESENTANDO  
FRATURA EXTREMA DE FRATURA  
DE TÍBIA ESQUERDA E SENDO  
ENCAMINHADO PARA O TRATAMENTO  
(CFD-10: Z54.0 + S82)

Francisco Adalberto Nunes  
Cirurgião Geral e Radiologia  
CRM-PI 1989 / RQE 716  
ASSINATURA DO MÉDICO

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End. completo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





PODER EXECUTIVO MUNICIPAL



**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 Macedo  
é servo vítima de acidente  
automobilístico no 06 mes  
ocorrendo fratura de  
ulna esquerda, sendo sub-  
metido a procedimento cir-  
úrgico ortopédico, apresentando  
dor, limitação de movi-  
mento para esquerdo,  
estando impossibilitado do  
trabalho, necessitando de  
repouso para tratamento  
médico e fisioterapêutico  
por tempo não determinado.  
(CEP - 10: 254.0 + 582)

Manoel Emídio-PI 29/11/19

**Dr. Pedro A. S. Neto**  
MÉDICO  
RMS: 2200516/PI

CRM





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

### RELATÓRIO MÉDICO

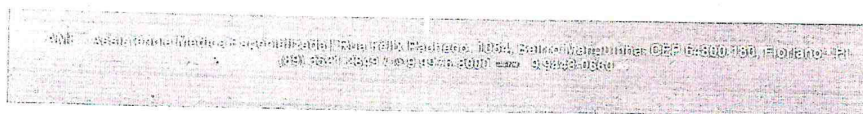
Relato que o paciente Helio de Macedo e Silva, 35 anos, RG 3843952, CPF 934.989.503-04, foi atendido no Hospital Regional Tibério Nunes na cidade de Floriano - PI no dia 23/05/2019, com prontuário médico de número 193899, vítima de acidente motociclístico devidamente registrado com Boletim de Ocorrência 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](http://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%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



<b>PROVIDÊNCIAS</b> (procedimentos realizados: condutor / veículo)			
EXAME ALCÓOLICO?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MEDICÃO	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
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	

<b>CARGA</b> (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	DATA/HORA	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA COMPROMISSADA
<p><i>Manuel Conício</i> <i>14/06/2019, 15:30h</i></p> <p><i>sofri um acidente de trânsito quando conduzia minha motocicleta XRE 300 cor vermelha placa. OED 6704 quando ia fazer uma curva virada 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"/> Fundado 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 macedo e 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

