



Número: **0800664-82.2020.8.18.0078**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Cível da Comarca de Valença do Piauí**

Última distribuição : **29/07/2020**

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

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ARIMATEIAS SOUZA SANTOS (AUTOR)		ANTONIO HELDER IZIDORIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11075819	30/07/2020 23:31	Citação	Citação
11047902	29/07/2020 22:27	Despacho	Despacho
11047185	29/07/2020 15:46	Certidão	Certidão
11045442	29/07/2020 14:57	Petição Inicial	Petição Inicial
11045654	29/07/2020 14:57	PETIÇÃO	Petição
11045656	29/07/2020 14:57	Procuração	Procuração
11045657	29/07/2020 14:57	doc pessoais	Documentos
11045658	29/07/2020 14:57	hipossuficiencia	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11045659	29/07/2020 14:57	comp residencia	Comprovante
11045662	29/07/2020 14:57	bo-mesclado	Documentos
11045663	29/07/2020 14:57	doc veiculo	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11045665	29/07/2020 14:57	dpvat	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11045667	29/07/2020 14:57	hrep	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11045669	29/07/2020 14:57	Prontuário medico HGV	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
CABINETE DA Vara Cível da Comarca de Valença do Piauí DA COMARCA DE VALENÇA DO PIAUÍ
Rua General Propécio de Castro, 394, Centro, VALENÇA DO PIAUÍ - PI - CEP: 64300-000

PROCESSO Nº: 0800664-82.2020.8.18.0078
CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S): [Seguro, Acidente de Trânsito]
AUTOR: ARIMATEIAS SOUZA SANTOS

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

CONTRAFÉ ELETRÔNICA

Comunico que tramita nesta **Vara Cível da Comarca de Valença do Piauí** a Ação PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) (Processo n.o 0800664-82.2020.8.18.0078) que tem como requerente AUTOR: ARIMATEIAS SOUZA SANTOS

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

FINALIDADE: Cite-se a parte Ré para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, devendo constar da carta/mandado que a ausência de contestação implicará no decreto da revelia e na presunção de veracidade dos fatos elencados na petição inicial..

Conforme Provimento Conjunto Nº 29/2020 - PJPI/TJPI/SECPRE as cópias de todos os documentos de atos processuais até a presente data praticados podem ser visualizadas, utilizando as **chaves de acesso abaixo**,



acessando o sítio <https://tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	20072914573599200000010469436
PETIÇÃO	Petição	20072914573613900000010469447
Procuração	Procuração	20072914573629900000010469449
doc pessoais	Documentos	20072914573643400000010469450
hipossuficiencia	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO	20072914573656500000010469451
comp residencia	Comprovante	20072914573669200000010469452
bo-mesclado	Documentos	20072914573683200000010469455
doc veiculo	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO	20072914573704300000010469456
dpmat	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO	20072914573723800000010469458
hrep	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO	20072914573744400000010469460
Prontuário medico HGV	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO	20072914573793200000010469462
Certidão	Certidão	20072915463713300000010470867
Despacho	Despacho	20072922272826300000010471



VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 30 de julho de 2020.

SAMUEL CIPRIANO MACHADO LIRA
Secretaria da Vara Cível da Comarca de Valença do Piauí





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

**Vara Cível da Comarca de Valença do Piauí DA COMARCA DE
VALENÇA DO PIAUÍ**

Rua General Propécio de Castro, 394, Centro, VALENÇA DO PIAUÍ - PI - CEP: 64300-000

PROCESSO Nº: 0800664-82.2020.8.18.0078

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Seguro, Acidente de Trânsito]

AUTOR: ARIMATEIAS SOUZA SANTOS

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

DESPACHO

Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

Cite-se a parte Ré para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, devendo constar da carta/mandado que a ausência de contestação implicará no decreto da revelia e na presunção de veracidade dos fatos elencados na petição inicial.

Expedientes necessários.

VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 29 de julho de 2020.

Juiz(a) de Direito da Vara Cível da Comarca de Valença do Piauí





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

CABINETE DA Vara Cível da Comarca de Valença do Piauí DA COMARCA DE VALENÇA DO PIAUÍ

Rua General Propécio de Castro, 394, Centro, VALENÇA DO PIAUÍ - PI - CEP: 64300-000

PROCESSO Nº: 0800664-82.2020.8.18.0078

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Seguro, Acidente de Trânsito]

AUTOR: ARIMATEIAS SOUZA SANTOS

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

Certidão de Triagem

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

VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 29 de julho de 2020.

SAMUEL CIPRIANO MACHADO LIRA

Secretaria da Vara Cível da Comarca de Valença do Piauí



Segue anexa....





EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE
DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE VALENÇA DO PIAUÍ-
PIAUÍ

ARIMATEIAS SOUSA SANTOS, brasileiro,
solteiro, pedreiro, portador do RG nº 3454657 SSP/PI e do CPF nº
058.455.573, residente e domiciliado na Rua Eurípedes Martins, 1675, Ieda
Lima Verde, Valença do Piauí-Pi, Cep. 64300-000, e endereço eletrônico:
helderis.adv@gmail.com por seu procurador infra-assinado (procuração
anexa), com endereço profissional localizado na Rua Eurípedes
Martins, 312, Centro, Valença do Piauí- Pi, CEP. 64.300-000, onde recebe
intimações e notificações, endereço eletrônico; helderis.adv@gmail.com,
vem respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA

em face de **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO
DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-
04, com sede na Rua Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares,
Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de
direito que passa a expor:

I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:

A parte autora é hipossuficiente, conforme se confirma na
documentação acostada aos autos, é pessoa humilde, não dispõe de
condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários

Rua: Eurípedes Martins, 312, Centro, Valença do Piauí, CEP: 64. 300-000; Contato:
(89) 999461812; E-mail: helderis.adv@gmail.com





advocatícios sem que com isso traga consequências ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder, e desde já se requer, a concessão do benefício da GRATUIDADE DA JUSTIÇA, com base no que vaticina a Lei nº 1.060/50, art. 98 e seguintes do NCPC, uma vez que o indeferimento de tal benefício dificultará a parte demandante de ter acesso à Justiça.

II. DOS FATOS:

A parte autora no dia 08/06/2019 as 16:00 horas , conforme consta no registro de ocorrência policial, sofreu acidente de trânsito quando deslocava-se da localidade Sítio Santo Antonio para Valença, quando na localidade ponta D'água o mesmo atropelou um animal ovino que atravessou a estrada, perdendo assim o controle da motocicleta que pilotava, vindo ao chão .

Posteriormente ao fato, o requerente foi encaminhado para atendimento médico, tudo em virtude da gravidade dos ferimentos. Ao ser atendido, fora constatado que o mesmo sofrera:

- **Fraturas desalinhadas nas paredes anterior e lateral do seio maxilar, bem como no arco zigomático esquerdos, com hemossinus maxilar esquerdo**
- **Disjunção fronto-maxilar à esquerda, com presença de prováveis pequenos fragmentos ósseos destacados adjacentes;**
- **Desvio do septo nasal de sua porção anterior para direita e posterior a esquerda, com esporão ósseo.**

Após tratamentos médicos em virtude das fraturas sofridas, restou o requerente com acentuada limitação física, além de sentir dores intensas e constantes, bem como limitações nos movimentos e na força dos membros afetados, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

Rua: Eurípedes Martins, 312, Centro, Valença do Piauí, CEP: 64. 300-000; Contato: (89) 999461812; E-mail: helderis.adv@gmail.com





Pois bem, conforme se verifica, o requerente sofreu sérias lesões, até hoje sente dores e tem, consideravelmente reduzida, a sua capacidade de movimentação e utilização do membro afetado.

Portanto, possuindo direito assegurado em Lei, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (DPVAT/INVALIDEZ), a requerente teve seu pedido cadastrado com o **número de sinistro 3190719941**.

Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré, tamanha fora a surpresa desta, quando informado do pagamento da indenização, **NÃO POR SUA CONFIRMAÇÃO**, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada.

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo autor e com a invalidez permanente que este adquiriu. Ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o requerente recebeu o **irrisório valor de R\$ 1.350,00 (mil trezentos e cinquenta reais)**

Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento não é condizente com a previsão legal, com a seriedade das lesões sofridas e com as consequências destas na situação física do requerente.

Todos os documentos médicos levam ao entendimento de que fora grave a perda funcional do membro afetado, porém, a parte ré realiza avaliação imparcial e unilateral, sem proporcionar ao segurado aquilo que realmente lhe é devido.

Conforme se demonstra Excelência, o segurado, por ora autor, juntou ao seu pedido administrativo, certidão de ocorrência policial relatando o acidente de trânsito, ficha de atendimento ambulatorial, documentação médica atestando as lesões e as limitações, e mesmo assim, teve como

Rua: Eurípedes Martins, 312, Centro, Valença do Piauí, CEP: 64. 300-000; Contato: (89) 999461812; E-mail: helderis.adv@gmail.com





resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.

Dessa forma, resta claro que fora buscado, através de procedimento administrativo, solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

A parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela *Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974*, prevendo está a indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada in verbis:

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez

Rua: Eurípedes Martins, 312, Centro, Valença do Piauí, CEP: 64. 300-000; Contato: (89) 999461812; E-mail: helderis.adv@gmail.com





permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.

Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto pelo seguro DPVAT, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Rua: Eurípedes Martins, 312, Centro, Valença do Piauí, CEP: 64. 300-000; Contato: (89) 999461812; E-mail: helderis.adv@gmail.com





Cite-se o art. 3º do referido diploma legal in verbis:

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

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

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

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

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia o demandante:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido

Rua: Eurípedes Martins, 312, Centro, Valença do Piauí, CEP: 64. 300-000; Contato: (89) 999461812; E-mail: helderis.adv@gmail.com





ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia judicial e o pagamento administrativo realizado. 4. Correção monetária incidente a partir do pagamento administrativo. Sentença reformada, no ponto. 5. Distribuição da sucumbência mantida, considerado o decaimento das partes. **APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA.** (Apelação Cível Nº 70069102705, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 29/06/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO PAGA NA VIA ADMINISTRATIVA. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. Presente prova de que a extensão das lesões é superior ao constatado na perícia administrativa, imperiosa se faz a complementação da indenização securitária decorrente do seguro obrigatório DPVAT. Precedentes. **APELO DESPROVIDO. UNÂNIME.** (Apelação Cível Nº 70067253906, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rinez da Trindade, Julgado em 07/04/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia e o pagamento administrativo realizado. 4. Descabida correção do valor da indenização do seguro DPVAT. **RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA.** (Apelação Cível Nº 70066950957, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 10/02/2016) (grifou-se).

Rua: Eurípedes Martins, 312, Centro, Valença do Piauí, CEP: 64. 300-000; Contato: (89) 999461812; E-mail: helderis.adv@gmail.com





Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474

“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Para tanto, conforme tabela abaixo, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.

(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

(Produção de efeitos).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais

Percentual

Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico

da Perda

Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores

Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés

Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior

Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral

Rua: Eurípedes Martins, 312, Centro, Valença do Piauí, CEP: 64. 300-000; Contato: (89) 999461812; E-mail: helderis.adv@gmail.com





Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental

100

alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre

deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d)

comprometimento de função vital ou autonômica

Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais,

pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis

de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de

qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital

Danos Corporais Segmentares (Parciais)

Percentuais

Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores

das Perdas

Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou

de uma das mãos

70

Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores

Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés

50

Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo

Polegar

Rua: Eurípedes Martins, 312, Centro, Valença do Piauí, CEP: 64. 300-000; Contato: (89) 999461812; E-mail: helderis.adv@gmail.com





25

Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo

Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da

Mão

10

Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé

Danos Corporais Segmentares (Parciais)

Percentuais

Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais

das Perdas

Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou

50

da visão de um olho

Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral

25

Perda integral (retirada cirúrgica) do baço

10

Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica. Ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

Rua: Eurípedes Martins, 312, Centro, Valença do Piauí, CEP: 64. 300-000; Contato: (89) 999461812; E-mail: helderis.adv@gmail.com





IV. DOS PEDIDOS:

ANTE O EXPOSTO, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, REQUER:

- a. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, os benefícios da assistência judiciária gratuita;
- b. Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;
- c. Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, a parte autora desde já manifesta que não possui interesse na realização de audiência de conciliação;
- d. Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido ao autor a título de indenização DPVAT;
- e. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada PROCEDENTE para:
- f. Que se declare devido à parte autora o pagamento da complementação de indenização correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais

Rua: Eurípedes Martins, 312, Centro, Valença do Piauí, CEP: 64. 300-000; Contato: (89) 999461812; E-mail: helderis.adv@gmail.com





Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, com valor a ser quantificado após realização de perícia médica.

- g. Condenar a demandada ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT - INVALIDEZ, com valor a ser quantificado após realização de perícia técnica.
- h. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;
- i. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.
- j. Requer, por fim, o cadastramento do advogado Antonio Helder Izidorio da Silva (OAB/PI 16.396), para receber intimações, sob pena de nulidade.

Dá se a causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)

Termos em que

pede deferimento.

Valença do Piauí- Pi, 23 de julho de 2020

Antonio Helder Izidorio da Silva

OAB/PI 16 396

Rua: Eurípedes Martins, 312, Centro, Valença do Piauí, CEP: 64. 300-000; Contato:
(89) 999461812; E-mail: helderis.adv@gmail.com



"PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OURTOGANTE: ARI MATHEIAS SOUZA SANTOS, brasileiro, solteiro,
não informado, inscrito em cartório de registro civil, nº 3454657, 59PP,
CPF nº 058.455.977-30, residente e domiciliado na Rua
Eurípedes Martins, 312, CENTRO, Valença do Piauí-PI CEP. 64.300-000.
Nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado.

OURTOGADO: **ANTONIO HELDER IZIDORIO DA SILVA**, brasileiro, casado,
inscrito na OAB/PI, sob nº 16.396, com escritório profissional localizado na rua:
Eurípedes Martins, 312, CENTRO, Valença do Piauí-PI CEP. 64.300-000.

PODERES: a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com Cláusula "AD JUDICIA"

,em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra a quem de direito as ações competentes e defende-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando os recursos legais e acompanhando-as, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial, reconhecer procedência do pedido, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer está em outrem com ou sem reserva de iguais poderes, agindo, podendo o procurador praticar e usar de todas as medidas judiciais cabíveis e necessárias para o fiel e cabal desempenho deste mandato.

EM ESPECIAL: para propor e realizar todos os atos que se fizerem necessários judicial ou extrajudicialmente.

VALENÇA DO PIAUÍ (PI), 23 de julho 2019 2020

ADVOCACIA
x Antonio Helder Izidório da Silva
OURTOGANTE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PASSAD
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 ARIMATIAS SOUZA SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
 3454657 SSP PI

CPF
 058.455.573-30

RENOVAMENTO
 05/10/1994

FILIA
 CICA

CICLO
 DOS ANJOS

SANTOS
 MARIA DE FÁTIMA SOUZA

DENTAS

PERMISSAO

Nº REGISTRO
 06427735508

VALIDADE
 05/10/2019

USO
 04/03/2016

COLETA DE DADOS

Assinado por: Arimatias Souza Santos

LOCAL
 VALENÇA DO PIAUI

DATA DE EMISSAO
 05/10/16

17991125553
 PT317829653

1357214899

1357214899



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, ARIMATEIAS SOUSA SANTOS Brasileira, profissão não informada, estado civil
não informado, IPJ nº 345 465 7 55 PI/PI, CPF nº 058.435.573-30, residente na
Rua Euzebio de Matos, 1645, Ieda Lima Verde, Valença do
Piauí-PI, CEP 64.300-000, DECLARO, para todos os fins de
direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as
despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de
minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos
termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo
Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Valença do Piauí-PI, 23/07/2020

Arimateas Souza Santos





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MATRICULA 1735459-5		Hidrometro A05N222807	Referencia MAI/2019
Nome/Razão Social/Endereço MARIA DE FATIMA DE SOUZA DANTAS RUA EURIPEDES MARTINS, 1675 IEDA LIMA VERDE VALENCA 64300000 AG= 113			
Situação 3/1	Fluxo 1	Categorias de Uso Com Ind. Pub	Inscrição 113 3 06 0237 0074-000
Período de Consumo 11/04/2019 a 14/05/2019		Dias Consumidos 33	
Histórico de Consumo			
Mês	Consumo	Ocup	
11/18	1549	16	0
12/18	1561	12	0
01/19	1574	13	0
02/19	1587	13	0
03/19	1599	12	0
04/19	1607	8	0
05/19	1619	12	0
Forma de Pagamento FATURADO - CONSUMO NORMAL			
Cód. Proprietário 020740510		Código de Turbida 01	
Consumo Médio 12	Cont. Fato Água	Cont. Fato Esgoto	
Consumo 12	Consumo Retornado 12		
DESCRIÇÃO DA FATURA			
Categoria MANUTENCAO HIDROMETRO		Valor 1,90	

VENCIMENTO 20/05/2019 **TOTAL A PAGAR** 41,34
QUE ATÉ O VENCIMENTO, EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS MORA.
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2014/2013-MMS						
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	pH	Ferro	Colif.Totais
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 9,5	0,3	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas						
Nº Amostras Realizadas						
Nº Amostras que Atende Legislação	0.83	4.00	7.25	0.00	0.00	
Valor Médio: PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESEMIOTÓRIOS SEMESTRALMENTE.						
Condição: AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.						
DEBITOS QUITADOS NESTE CLIENTE ATÉ DEZ/2018 LEI 12007/09						
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES						

Assinado
Assinatura





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

499 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 245831.000051/2019-10

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Raimundo Nonato De Oliveira Rufino

Data/Hora: 11/07/2019 - 09:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE LAGOA DO SÍTIO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

LAGOA DO SÍTIO

Endereço

ESTRADA CARROÇAVEL DE LAGOA DO SÍTIO AO SÍTIO SANTO ANTONIO, Nº: SN

Complemento

Bairro

NÃO INFORMADO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ARIMATEIAS SOUZA SANTOS

RG: 3454657 SSP/PI

Mãe: MARIA DE FATIMA SOUZA DANTAS

Pai: CÍCERO DOS ANJOS SANTOS

Endereço: RUA EURÍPEDES MARTINS, Nº 1675

Complemento: BAIRRO SÃO FRANCISCO

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ - CEP: 64530-000

Telefone(s): 89-9937-1508

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. BIZ 125

2013 OEG0606 9C2JC4820DR004300

00491029438

Vermelha

Condutor: ARIMATEIAS SOUZA SANTOS

RG: 3454657 Órgão: SSP/PI UF: PI

End: RUA EURÍPEDES MARTINS Número: 1675 Complemento: BAIRRO SÃO FRANCISCO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: MARIA DE FATIMA SOUZA DANTAS

End: RUA EURÍPEDES MARTINS Número: 1675

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

RELATO DA OCORRÊNCIA

A vítima relata de dia 08.06.2019 por volta das 16:00 horas conduzia o veículo acima descrito da localidade sítio Santo Antonio para a cidade de Valença do Piauí-PI e quando se encontrava na localidade ponta Dagua, um animal ovino saiu do mato e atravessou a estrada e foi atingido pelo veículo acima descrito, sendo que perdeu o controle do veículo e caiu; Que foi socorrido e levado para o Hospital Regional Eustáquio Portela em Valença do Piauí e em seguida levado para o Hospital Justino Luz em Picos-PI e dois dias depois foi trazido de volta para o Hospital Eustáquio Portela e em seguida transferido para o Hospital Getúlio Vargas em Teresina-PI, onde permaneceu internado por dez dias; Que foi diagnosticado com fratura facial e escoriações pelo corpo; Era o que tinha a relatar.

Raimundo Nonato De Oliveira Rufino - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

ARIMATEIAS SOUZA SANTOS - Noticiante
Responsável pela informação





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE VALENÇA DO PIAUÍ-PI

FLS. _____

ADITAMENTO DE BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO

ADITAMENTO, referente ao Boletim de Ocorrência de Acidente de Transito nº. **245831.000051/2019**, com registro aos 11/07/2019, às 09:08 hs.

1- Onde se lê "Data\hora 08\07\2019- 04:00"; Lêia-se: Data\ Hora **08\06\2019-04:00**".

Era o que tinha a (retificar)

Valença do Piauí-PI, 14 de dezembro de 2019.

Raimundo Nonato de Oliveira Rufino
Escrivão Ad hoc
Mat:108310-4



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013604271540

VIA - COD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
1 - 00491029438 - 2018

1706
00b
e17d
3785
9949
2eb3
44bb
8886
9615
1b12
0618

NOME
MARIA DE FATIMA SOUZA DANTAS

CPF / CNPJ
15302574845

PLACA
OEG-0606

CHASSI
9C2JC4820DR004300

PLACA ANT. / UF

ESPECÍFICO
PAS/MOTONETA / ATENÇÃO

COMBUSTÍVEL
ALCOOL / GAS

MARCA / MODELO
HONDA / BIZ 125 ES

ANO FAB. - ANO MOD.
2012 - 2013

CAP. / POT. / CIL.
02P/0124CC

CATEGORIA
PARTICUL

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
1ª IPVA

VENC. COTA ÚNICA
2ª PAGO

3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
000,00 - 000,00 - 000,00 - 17/12/2018

SEM RESTRICÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL
VALENCA DO PIAUI

DATA
17/12/2018

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

PI Nº 013604271540 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2018 - 17/12/2018

VIA - CPF / CNPJ - PLACA
1 - 15302574845 - OEG-0606

RENAVAM - MARCA / MODELO
00491029438 - HONDA / BIZ 125 ES

ANO FAB. - CAT. TAB. - Nº CHASSI
2012 - 09 - 9C2JC4820DR004300

PREMIO TARIFARIO
FNS (R\$) - DENATRAM (R\$) - CUSTO DO SEGURO
000,00 - 000,00 - 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TITULA SER PAGO PELO SEGURO
000,00 - 000,00 - 185,50

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA - PARCELADO - 22/06/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
C.P. 03.248.608/0001-04



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, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190719941

Vítima: ARIMATEIAS SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 08/06/2019.

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ARIMATEIAS SOUZA SANTOS

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =

R\$ 1.350,00

Recebedor: ARIMATEIAS SOUZA SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000002761-8

Conta: 000010030811-2

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.

Atenciosamente,



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
ANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000
FONE: 06553564001100
3465-1015 - (89) 3465-1369
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0250815
Data: 08/06/2019
Funcionario: ELDER

Registro: 51946
Hora: 17:11:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 66

SUS

ANTONIO DE SOUZA SANTOS

Idade: 24 ANOS, 8 MESES, 2 DIAS Profissão:
MARTINS, 1.975 - Bairro: IEDA
Telefone: () - Mãe: FATIMA DE SOUSA DANTAS

CPF: 058.455.573-30 - RG: 3454657 - SUS: 206188227760008

Civil: CEP: 64300-000

Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI

Pai: CICERO DOS ANJOS SANTOS

Forma Geral

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

Exame físico:

Hora: ____:____

Paciente, 24 anos, vítima de trauma por acidente de trânsito, CI

☐ Internação

Intoxicação por consumo de álcool e

Exames complementares:

Alcoolismo

Glucose 15

Exame provável:

TCE grave

Medica:

Tamoxifeno 20mg + 10mg de 8h - 2x - 3x

Opióides 5mg - 10mg - 15mg - 20mg - 30mg

Exames laboratoriais 4mg - 10mg - 15mg - 20mg - 30mg

CCG 2x

Morfina - 2mg + 8mg - 15mg - 30mg - 45mg - 60mg

Classificação de Risco

Hora: 17:11:41

Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Causa: ACIDENTE DE MOTO

Medicação Usual:

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Clovis Portela Leal Neto
COREN-PI 561946 ENF

561946 - CLOVIS PORTELA LEAL NETO
Enfermeiro Responsável

Hora:

19:30
Evasão ☐ Transferencia ☒

Destino: H.R. Justino Lima (PICO)

Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6067

ANTONIO DE SOUZA SANTOS
Paciente ou Responsável

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
ANTONIO DUMONT,
CRO, VALENÇA DO PIAUI/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
3465-1015 - (89) 3465-1369
HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0250815
Data: 08/06/2019
Funcionário: ELDER

Registro: 51946
Hora: 17:11:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 66

SUS

DE SOUZA SANTOS

Idade: 24 ANOS, 8 MESES, 2 DIAS Profissão:
MARTINS, 1.975 - Bairro: IEDA
Telefone: () - Mãe: FATIMA DE SOUSA DANTAS

CPF: 058.455.573-30 - RG: 3454557 - SUS: 206188227760008

Civil: CEP: 64300-000
Cidade: VALENÇA DO PIAUI/PI
Pai: CICERO DOS ANJOS SANTOS

GERAL Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

PROCEDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação

PACIENTE, 24 ANOS, VITIM TRÁFICO MENCIONADO POR CI

Intoxicação por consumo de álcool e drogas

Exames complementares:

Alcoolismo

GLA 560W 15

Exame:

TC de crânio

Exame:

1) Tórax Semi - 2,0ml + 10ml SF 93% - W - 32,3h

2) Oligo - 2,0ml + 10ml AS - W - 32,3h

3) Oligo - 2,0ml + 10ml AS - W - 32,3h

4) C166 32h

5) morfina - 2ml + 8ml AS - Fator 3,0ml - W - 32,3h

Classificação de Risco

Hora: 17:11:41

Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

CAUSA: ACIDENTE DE MOTO

Medicação Usual:

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Clovis Portela Leal Neto
COREN-PI 561946 ENF

561946 - CLOVIS PORTELA LEAL NETO
Enfermeiro Responsável

Hora:

Resultado

☐ Evasão

☒ Transferência

Destino:

Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6067

DE SOUZA SANTOS
Paciente ou Responsável

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
ANTOS DUMONT,
PRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000
106553564001100
3465-1015 - (89) 3465-1369
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: PQ250815
Data: 08/06/2019
Funcionario: ELDER

Registro: 51946
Hora: 17:11:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 66

SUS

DE SOUZA SANTOS

Idade: 24 ANOS, 8 MESES, 2 DIAS Profissão:
ARTINS, 1.975 - Bairro: IEDA
Telefone: () - Mãe: FATIMA DE SOUSA DANTAS

CPF: 058.455.573-30 - RG: 3454657 - SUS: 206188227760008

Civil: CEP: 64300-000
Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI
Pai: CICERO DOS ANJOS SANTOS

GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

Exame físico:

paciente, 24 anos, vítima trauma motociclismo, C.I.

História: 24/06/2019, 17:11:00

Exames complementares:

Alcoolismo

GLA 560W 15

Exame:

TC de crânio

Exame:

Hora: 17:11:41

☐ Internação

- 1) TACAL 3ml - 2ml + 10ml 50% 3x - W - 3x 3x
- 2) O 1º exame 3ml - 2ml + 10ml 50% 3x - W - 3x
- 3) O 2º exame 3ml - 2ml + 10ml 50% 3x - W - 3x
- 4) CIG 3x
- 5) MORFINA - 3ml + 8ml 50% - 3x 3,0ml - W - 3x

Classificação de Risco

Hora: 17:11:41

Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Evento: ACIDENTE DE MOTO

Medicação Usual:

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Clovis Portela Leal Neto
COREN-PI: 561946 ENF

561946 - CLOVIS PORTELA LEAL NETO
Enfermeiro Responsável

Hora:

19:30

Evento

☐ Evasão

☒ Transferência

Destino:

Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6067

ELIAS DE SOUZA SANTOS
Paciente ou Responsável

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT, 0
VALENCA DO PIAUI/PI

BOLETIM DE ADMISSÃO

Residência:	1023460
Data:	10/06/2019
Hora:	20:58

Nº
EDIM

82867 - ARIMATEIAS SOUZA SANTOS

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 06/10/1994 - 24 ANOS, 8 MESES, 4 DIAS

Unidade: CLINICA MEDICA Enfermaria: 009- CLINICA MEDICA - M Leito: 009/004 Condição: SUS

Endereço: Medico: 2640 - HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA
CNPJ: RG: 3484887 S/S Prenatal: CNS 206188227700005

Endereço: EURIPDES MARTINS, N° 1.675 - CEP: 84300-000 Bairro: SAC FRANK SPO

Cidade: 2211308- VALENCA DO PIAUI/PI Profissão: Telefone: (89) 9999-71608

Pai: CICERO DOS ANJOS SANTOS Mãe: MARIA DE FATIMA SOUZA DANTAS

Responsável: ARIMATEIA SOUZA SANTOS - () -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado

☐	Curado	☐	Removido	☐	+48 horas
☐	Melhorado	☐	Pedido	☐	+48 horas
☐	Estável	☐	Exatidão	☐	Outro
☐	Piorado	☐	Incapacidade		

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA
Responsável pela admissão

Responsável pela ata



Assinado eletronicamente por: ANTONIO HELDER IZIDORIO DA SILVA - 29/07/2020 14:58:57
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072914573744400000010469460>
 Número do documento: 20072914573744400000010469460

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Nome: 1023460 - ARIMATEIA SOUZA SANTOS

Data: 10/06/2019

Enfermaria: 009 Leito: 009/004 Sexo: M Data de nascimento: 06/10/1994

Responsável: _____

Condições de chegada: () Ambulante () Cadeirante () Acamado

1- DIAGNÓSTICO: _____

MÉDICO: 2640 - HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA

2- MOTIVO DA INTERNAÇÃO/QUEIXAS: _____

3- INTERNAÇÕES ANTERIORES: () Sim () Não Motivo: _____

4- TIPO DE TRATAMENTO: () Clínico () Cirúrgico _____

5- ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Hipertensão () Dislipidemia () Diabetes () Doença renal () TB () HAN () Anemia
() Cardiopatia () Neoplasia () Doença mental () Doença degenerativa () Hemotransfusão

6- ANTECEDENTES FAMILIARES _____

7- HÁBITOS/COSTUMES:

Sono e repouso: () padrão normal () insônia _____

Hábitos alimentares: *comida parcialmente líquida*

Atividade física () faz exercício regularmente () sedentário(a)

() Tabagismo () Etilismo () Outros: _____

8- EXAME FÍSICO:

Peso: _____ kg Estatura: _____ m IMC: _____ P.A: _____ mmHg

P: _____ bpm T: _____ °C FR: _____ rpm

Dor: () Sim () Não _____

Sistema Neurológico:

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado

() Sonolento () Torporoso () Outros: _____

Estado emocional: () Calmo () Agitado () Agressivo () Depressivo

Sistema Tegumentar:

Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Cianótica () Ictérica () Hidratada

() Desidratada () Sudoréica () Exantema () Ferimentos () Escaras () Outros: _____

Textura: () Normal () Lisa () Áspera () Enrugada

Sistema Respiratório:

() Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Bradpneico

Oxigenoterapia () Sim () Não

Sistema Gastrointestinal:

Abdome: () Simétrico () Assimétrico () Plano () Globoso () Flácido () Doloroso a palpação

Alimentação: () Oral () SNG () Enteral

Alterações: () Náuseas () Vômitos () Epigastria () Diarréia () Constipação

Eliminações intestinais (característica/frequência): *normal*

Sistema Geniturinário:

Diurese: () Normal () Disúria () Anúria () Poliúria () Oligúria () Polaciúria

() Hematúria () Incontinência

Sonda: () SVD () Sonda de alívio

Sistema musculoesquelético:

MMSS: () Mobilidade: () Edema:

MMII: () Mobilidade: () Edema:

Enfermeiro(a)/COREN _____



Idade: 24 ANOS, 8 MESES, 4 DIAS

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (SAE)

[illegible]

Ortopedia - Dr. Helder Izidório da Silva

129

04

10/06/19 - Rota Brnks
- 1000 EV 2800 L
- 1/4 x 1211 L
- 1/4 x 1509 (20)
- 3/4 x 1211 L
- 3/4 x 1509 L

Dr. Helder Izidório da Silva
CPF 42
CNPJ 08.040.103-77

10/06/19 - Rota Brnks
- 1000 EV 2800 L
- 1/4 x 1211 L
- 1/4 x 1509 L
- 3/4 x 1211 L
- 3/4 x 1509 L

Dr. Helder Izidório da Silva
CPF 42
CNPJ 08.040.103-77

Ap 22Rs Paciente admitido em clínica
médica. Apresenta escoriações naquele
+ pátula e ferimento peritativo na
região posterior do ouvido. Enxente
eventado, normocórea, parvo, calmo.
Nega alergia medicamentosa. Aguarda
sinal de regulação. 55x40x30x100
mmHg, P= 74bpm - 1 - Juninho, Capital de São
Paulo, 11/07/1991
A 06hs 35-06-59 PA 130x90mmHg
P= 74bpm - 1 - Juninho
A 14hs 00-12-130x90mmHg
P= 74bpm - 1 - Juninho
A 18hs 00-12-130x90mmHg
P= 74bpm - 1 - Juninho

Juninho

Juninho



ENFERMARIA

15

LEITO

2

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

Handwritten: 6000

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (SAE)

[illegible]

NEFERMARIA

09 LEITO 847

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Ataxia

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.- (SAE)

[illegible]



Secretaria Estadual de Saúde
HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV. SANTOS DUMONT, S/N - CENTRO
VALENÇA DO PIAUÍ - PI

Secretaria Estadual de Saúde

PACIENTE.

DATA

ENFERMIA:

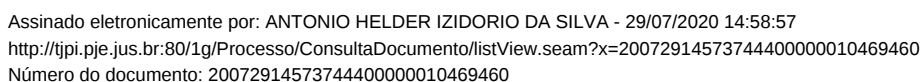
9

LEITO:

DIAGNOSIS

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (SAE)

[illegible]

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

Assinado eletronicamente por: ANTONIO HELDER IZIDORIO DA SILVA - 29/07/2020 14:58:57
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072914573744400000010469460>
 Número do documento: 20072914573744400000010469460

48
86
56
X

237.3



FEPISERH
Fundação Estadual Piaulense
de Serviços Hospitalares

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



Aimateias Souza Santos
Dr Fabício Moreira
Cirurgia II

ATA
25/06/19
A 13000334
PRONTUÁRIO MÉDICO

ELETCARDIOGRAMA
EM 18/06/19 HORA 10:10
TEC AUX: OK!

[Signature]
Téc. Fátima Alves Xavier
AUXILIAR EM ENFERMAGEM HCV

GESTOR SAÚDE 2156
[Signature]

**ALTAS EFETIVADAS
MV / GESTOR SAÚDE**

HOSPITAL GETULIO VARGAS
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: *Faco. Suco de S*
DATA: 18/06/19 HORA 11:02
TÉCNICO: OK!

[Large handwritten signature]
06/19

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/07/19
Edna Maria Andrade Silva
Téc. de Prontuário (MAT: 019065)



**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS**

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

Atendimento:
1000334

Prontuário: 488656 **ARIMATEIAS SOUZA SANTOS**

Endereço: RUA EURIPEDES MARTINS

Cidade: VALENCA DO PIAUI

1675 SAO FRANCISCO

UF:PI CEP: 64300-000

Sexo: M DT. Nasc: 06/10/1994 (Idade: 24 Anos 8 Meses 11 Dias Estado Civil: S Profissão: PEDREIRO

Cadastro: 17/06/2019 Telefone: 86 9936.4644 Cartão SUS: 206188227760008 CPF:

Pai:

Mãe: MARIA DE FATIMA SOUZA DANTAS

Cônjuge:

Responsável: CICERO DOS ANJOS SANTOS

Endereço:

Cidade: 2978

UF:PI CEP:

Funcionário do SAME

Queixa Principal:

H.D.A.

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

Data / Hora: ____/____/____ : ____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/07/12
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/MAT: 019065-0



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL GETULIO VARGAS

2 - CNES

2726971

Atendimento

4 - CNES

2726971

1000334

Identificação do Paciente

5 - Nome: **ARIMATEIAS SOUZA SANTOS**

6 - Prontuário: **488656**

7 - CNS: **206188227760008**

8 - Nascimento: **06/10/1994**

9 - Sexo: **M** CPF:

11 - Mãe: **MARIA DE FATIMA SOUZA DANTAS**

12 - Fone: **86-9.9364644**

13 - Resp: **CICERO DOS ANJOS SANTOS**

14 - Cor: **PARDA**

15 - Ender.: **RUA EURIPEDES MARTINS**

1675 **SAO FRANCISCO 19 - CEP: 64300-000**

16 - Munic: **VALENCA DO PIAUI**

17 - Cod. IBGE: **221130**

18 - UF: **PI** RG: **34546-57**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Atenuação Facial

- Condições que justificam a Internação:

Trauma de RMC

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

TC

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: **S027**

25 - Cid Sec.: _____ 26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURAS MULTIPLAS ENVOLVENDO OS OSSOS DO CRANIO E DA FACE

Procedimento Solicitado

3 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0404020224 RECONSTRUÇÃO TOTAL DE CAVIDADE ORBITÁRIA

29 - Clínica:

CL. CIRURGICA II

30 - Carater.:

02

Ident.:

1

31 - Documento: **32 Doc. Med. Solic.**

CPF **77871383353**

33 - Nome Profissional / Assistente
FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA

34 - Data de Solicitação:

17/06/2019

Dr. Fabricio Serra e Silva
Assistente Social
INGRASSATO

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N°. Bilhete.

41 - Serie

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

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

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

X Cicero

Usuário: **MARIA GOMES**
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão **17:10:55**

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 17/06/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/MAT. 019065-0

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 215647
	AIH: 2219100441470

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV	CNES 2726971
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV	CNES 2726971

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 206188227760008	NOME DO PACIENTE ARIMATELAS SOUZA SANTOS	NASCIMENTO 06/10/1994	SEXO M	PRONTUÁRIO 488656
DOCUMENTO CPF 8999166461	TELEFONE 8999166461	NOME DA MÃE MARIA DE FÁTIMA SOUZA DANTAS	RESPONSÁVEL CICERO DOS ANJOS SANTOS	
CEP 64300000	ENDEREÇO - LOGRADOURO R EURÍPEDES MARTINS			NUMERO / LOTE 1675
BAIRRO IEDA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO VALENÇA DO PIAUÍ	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE ADMITIDO NESTE HOSPITAL VIA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO COM TRAUMA DE FACE POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO HEMATOMA PERIORBITÁRIO ESQUERDO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S027 - FRATURAS MÚLTIPLAS ENVOLVENDO OS OSSOS DO CRÂNIO E DA FACE	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404020224 - RECONSTRUÇÃO TOTAL DE CAVIDADE ORBITÁRIA

LEITO/CLÍNICA

BUCO MAXILO FACIAL

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

Dr. Edna Maria Andrade Silva
Cirurgião Maxilo Facial
CRM-PI 779

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

17/06/2019

DATA ADMISSÃO

17/06/2019 16:45

DATA ALTA

25/06/2019 13:30

MOTIVO ALTA

MELHORADO

FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA

CPF: 77871383353

CRM:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARCO ANTONIO MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07959400363 CRM: DATA ANÁLISE: 17/06/2019 17:29:29	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Edna Maria Andrade Silva CPF: DATA ANÁLISE:
---	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 17/06/2019
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO Nº MAT: 019065



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
206188227760008	ARIMATEIAS SOUZA SANTOS	06/10/1994	488656	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	8999166461	MARIA DE FATIMA SOUZA DANTAS	CICERO DOS ANJOS SANTOS	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)			NUMERO / LOTE
64300000	R EURIPEDES MARTINS			1675
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
IEDA		VALENCA DO PIAUI	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

RECONSTRUCAO TOTAL DE CAVIDADE ORBITARIA

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0404020224

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

RECONSTRUCAO TOTAL DE CAVIDADE ORBITARIA

CÓDIGO

0404020224

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA

CÓDIGO

0308010019

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS MULTIPLAS NAO ESPECIFICADAS

CID 10 PRINCIPAL

T029

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

0802010016 - DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO COM PERNOITE QTDE.: 8

0206010044 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE SEIOS DA FACE ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES QTDE.: 1

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE NÃO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, DECIDIDO TRATAMENTO CONSERVADOR. SOLICITO MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PARA 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA CID T029.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

980016004249764

DATA SOLICITAÇÃO

17/06/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

170263951200001

17/06/2019 17:29:29

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/07/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO / MAT: 019065

08/07/2019 08:



GERAL

Dados do Paciente

Nome: ARIMATEIAS SOUZA SANTOS
Prontuário: 488656
Cartão SUS: 206188227760008

Nascimento: 06/10/1994

Estado Civil: Solteiro

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

Representante / Responsável Legal

Nome: CICERO DOS ANJOS SANTOS
Estado Civil: Solteiro
Parentesco: PAI

CPF:

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

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

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

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

Teresina (PI), 17/06/2019

Arimateias S. Santos
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Assinatura do Médico Responsável - CRM

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

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/09/19
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-9



Hospital Getúlio Vargas

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA:

DECLARANTE:

Nome:

Identidade Nº:

Órgão expedidor:

Idade:

Paciente

Responsável ou Representante Legal

Obs.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo:

PACIENTE:

Nome:

Identidade Nº:

Órgão expedidor:

Idade:

Patologia:

1. Declaro que o(a) Dr(a).

MANUELA REBETRO VERAS

CRM: 47101

Informou-me que, tendo em vista a realização do tratamento cirúrgico para a patologia citada acima será necessária a administração de anestesia podendo englobar: anestesia geral, sedação, bloqueios de neuroeixos, bloqueios periféricos, etc.

2. A fim de prevenir e afastar eventuais problemas, declaro que prestei ao médico anestesiológico todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, sem ocultar qualquer fato ou elemento.

3. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: ocorrência de dor, náuseas, vômitos e tremores de intensidade variável; complicações de manuseios de vias aéreas e cateterismo de artéria e veia profunda em casos indicados; reações alérgicas e edema de face e olhos, com possibilidade de necrose de pequenas regiões em cirurgias de longa duração; lesões neurológicas relacionadas ao bloqueio espinal ou ao posicionamento do paciente, temporárias ou não, especialmente em braços, pernas ou olhos; complicações cardiovasculares ou pulmonares, eventualmente graves, como infarto ou embolias que possam levar à morte em várias situações; complicações renais e do sistema de coagulação, assim como reações adversas do organismo à anestesia aplicada, como aquelas decorrentes de doenças genéticas, neurológicas, musculares, renais, cardiovasculares / metabólicas.

4. Tive a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento anestésico e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Foi informado que a medicação administrada causa sonolência, amnésia anterógrada de curta duração e relaxamento muscular, podendo ainda causar alergia cutânea e/ou mucosa. Deste modo, não deverei dirigir veículos ou operar máquinas, não deverei ingerir álcool e não deverei assinar documentos no período de 24 horas após o procedimento. Em caso de sinais alérgicos após o procedimento, deverei entrar em contato com o médico anestesiológico.

7. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e risco do procedimento. Por tal razão e, nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

8. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Terceira-PI, 19 de junho de 2019

Manuela Rebetro Veras
Paciente

Mra. Manuella Alves
Médico

CRM 47101

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/07/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO / MAT: 019065-0

Responsável / Testemunha



Hospital Getúlio Vargas

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		Nome	Idade	Sexo	Peso	Altura	
		Adriana Soares Santos	44	F			
Diagnóstico		Reconstrução de lábio de Cibrália					
		Sim	Não	Especifique			
SCV	HAS						
	Ins. Coronariana						
	IAM ☐ 3m ☐ 3m						
	ICC						
	Fibrilação Atrial						
SCV	Marca passo						
	Outras						
	Asma						
	DPOC						
	Apnéia Obstrutiva do sono						
SCV	Hipertensão pulmonar						
	IVAS recente						
	Outras						
	Síndrome nefrótica						
	Síndrome nefrítica						
SCV	Litase renal						
	Insuficiência renal						
	Doença da próstata						
	Outras						
	Convulsões						
SCV	AVC prévio						
	Disfunção cognitiva						
	Outras						
	Hepatite A, B, C						
	HIV						
SCV	Doença de Chagas						
	Outras						
	Diabetes Mellitus						
	Doenças da tireóide						
	Distúrbios						
SCV	Obesidade						
	Doença de refluxo						
	Insuf. Hepática (Child A, B, C)						
	Hipertensão porta						
	Obstrução intestinal						
SCV	Outras						
	Patologia neuromuscular						
	Patologia da coluna vertebral						
	Coagulopatia						
	Anemias hemolíticas						
SCV	Transfusão sanguínea prévia						
	Gravidez						
	Morte em anestesia na família						
	Tabagismo						
	Alcoolismo						
SCV	Dependência de drogas						
	Penicilina						
	Látex						
	AINES						
	Outras						
SCV	História de intubação difícil						
	Medicações usadas de forma regular	ninguém			Fitorápias		
	CIRURGIAS ANTERIORES	TIPO DE ANESTESIA		INTERCORRÊNCIAS			
	ninguém						
Paciente CTI: ☒ Não ☐ Sim ☐ PIA ☐ SVO ☐ SVD ☐ Glasgow ☐ Drenos ☐							
☐ Ventilação Mecânica ☐ Drenos vesicais ☐							
Ht	15,2	Ht	15,4	Leuco	243 mil		
Ne	K	Ca	1,1	Glic	101		
Rx torax				Glic Hb	PTT		
ECG	NL	Ca		Ur	RNI		
Outros				Fib			
EXAME FÍSICO							
PA	FC	Mobilidade Cervical	Normal	MALLAMPATI	I	II	
Abertura da boca	> 40mm	Inchaves protusos	sim	Próteses dentária	sim	não	
Distância mento-tireóide	> 6cm	Ausculta respiratória	NL	Ausculta cardíaca	NL		
Outros dados importantes							
Doença cardíaca ativa: ☒ Não ☐ Sim Capacidade funcional: METS							
Preditores clínicos: ☒ Não ☐ Sim							
Risco cardíaco do procedimento cirúrgico: ☐ Alto ☒ Intermediário ☐ Baixo							
ASA 1							
Necessidade de interconsulta clínica/psicológica: ☒ Não ☐ Sim							
Previsão de CTI pós-operatório imediato: ☒ Não ☐ Sim							
Previsão de hemotransfusão: ☒ Não ☐ Sim							
Aprovado para procedimento anestésico: ☒ Não ☐ Sim							
Informação jejum pré-operatório: ☒ Não ☐ Sim							
Aspectos espirituais/culturais a destacar: ☒ Não ☐ Sim							
Planejamento Anestésico				Data:			
Anestesia geral				19/06/19			
				Médico Anestesiologista CRM			
				Lara Mamedes Alves			
				CRM 4719			



e) CABEÇA

Couro cabeludo: () Sem anormalidades (X) Ferimento () Hematoma. Alterações:
 Face: (X) Simétrica () Assimétrica () Ferimento () Hematomas
 Nariz: (X) Simétrico () Assimétrico () Sem anormalidades () Secreção () Lesão () Epistaxe
 Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () Reativa () Arreativas () Mióticas () Midriáticas () Puntiformes () Médias
 Olhos: (X) Normal () Hemorragia () Ictericia de esclerótica () Baixa acuidade visual () Lentes corretivas
 () Processo inflamatório/infeccioso
 Ouvidos: (X) Normal () Otorragia () Lesão. Outros:
 Boca: () Sem anormalidades () Cáries (X) Falhas dentárias () Prótese () Lesão

f) SISTEMA RESPIRATÓRIO

Padrão: (X) Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispnéico () Tiragem intercostal
 Inspeção pulmonar: () Normal () Diminuída () Simetria () Assimetria
 Ausculta: Murmúrio vesicular: () Presente () Diminuído () Ausente
 Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores () Tosse
 Tipo:
 Alterações:
 Aporte de O2: () Traqueostomizado () TOT () VM () Macronebulização () O2 sob cateter nasal
 () O2 venturi

ACIONAR O FISIOTERPEUTA,
 QUANDO O PACIENTE
 APRESENTAR TIRAGEM
 INTERCOSTAL

g) SISTEMA CARDIOVASCULAR

Perfusão Periférica: (X) Normal () Diminuída () Cianose Outros:
 Ausculta cardíaca: () Normal () Bradicardia () Taquicardia Ritmo: () Regular () Irregular
 Acesso Venoso: () Sim (X) Não Qual:
 Faz uso de marcapasso: () Sim (X) Não Há quanto tempo:

h) SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdomen: () Flácido () Tenso (X) Plano () Globoso () Simétrico () Assimétrico () Escavado () Distendido
 () Timpânico () Doloroso
 Ruídos Hidroaéreos: () Ausente () Presente, tipo: () Hiperativos () Hipoativos
 Estorrias: (X) Não () Sim Qual?
 Dieta: Tipo: () Enteral () Parenteral Vias: (X) Oral () SNG () SOG () SNE () Jejunostomia () Gastrostomia
 Aceitação da dieta: (X) Sim () Não () Parcialmente
 Eliminações Intestinais: (X) Normal () Constipação () Diarréia () Melena () Enterorragia () Obstipação

i) MUSCULO ESQUELÉTICO

Deambulação: (X) Sem auxílio () Com auxílio, Qual dispositivo? () Muleta () Andador
 Utiliza prótese/órtese? () Não () Sim. Onde?
 Sensibilidade: () Não () Sim. Tipo: () Paresia () Parestesia () Direito () Esquerdo
 Déficit motor: (X) Não () Sim. Tipo: () Hemiplegia () Hemiparesia () Direito () Esquerdo
 () Tetraplegia
 Tonicidade: () Rígido () Flácido () Direito () Esquerdo
 Imobilização: (X) Não () Sim. () Direito () Esquerdo

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

j) MUSCULO ESQUELÉTICO

Deambulação: () Sem auxílio () Com auxílio, Qual dispositivo? () Muleta () Andador
 Utiliza prótese/órtese? () Não () Sim. Onde?
 Sensibilidade: () Não () Sim. Tipo: () Paresia () Parestesia
 Déficit motor: () Não () Sim. Tipo: () Hemiplegia () Hemiparesia () Tetraplegia
 Tonicidade: () Rígido () Flácido
 Imobilização: () Não () Sim. Qual?

l) SISTEMA TEGUMENTAR

Pele: () Íntegra () Desnutrida () Hidratada () Desidratada () Normocorada () Hipocorada () Ictericia () Edema
 (X) Lesionada. Onde? *em m. 1 e 2 da escala de Braden*
e m. 1 e 2 da escala de Braden

Em caso de presença úlcera por pressão

() Inclassificável () Suspeita de lesão profunda
 Classificação: () Estágio 1 () Estágio 2 () Estágio 3 () Estágio 4

EM CASO DE SUSPEITA DE ÚLCERA
 ACIONAR A COMISSÃO DE
 CURATIVO DO HGV

m) APARELHO GENITOURINÁRIO

Urinarário: (X) Espontânea () Incontinência () Retenção Urinária () Fralda
 Dispositivo Urinarário: (X) Não () Sim. Qual? () Sonda de alívio () Sonda de Foley () Cistostomia
 () Hematúria () Anúria () Poliúria () Oligúria () Disúria () Prurido () Hicorréia () Leucorréia

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

15:00h
25a

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Anna Maria Souza Santos Data de Nascimento: 06/10/94
 Cidade de origem: Vitória do Jacu

II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL

Religião/Crença: Católica
 Profissão: professora
 Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental (X) Ensino médio () Superior
 Barreira na comunicação: (X) Não () Sim.
 Qual? _____
 Apresenta déficit: (X) Não () Sim. Qual? () Visual () Auditivo () Motor
 Outros: _____
 Transtorno mental: (X) Não () Sim.
 Qual? _____

2 ITÊNS POSITIVOS:
ACIONAR SERVIÇO SOCIAL

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

() Não possui () Hipertensão Arterial () Dislipidemia () Diabetes *melitus* () Insuficiência Renal Crônica / Aguda
 () Cardiopatias () Câncer () Tabagismo (X) Etilismo () Usuário de drogas ilícitas () Outro: _____

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

NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	VIA	DOSE	HORÁRIO

ACIONAR FARMACEUTICO

IV - EXAME FÍSICO

a) SINAIS VITAIS:

PA: _____ P: _____ () Filiforme () Cheio () Rítmico () Arritmico T: _____
 FR: _____ Oxigênio: () Sim (X) Não Dor: (X) Não ()
 Sim, Onde? _____
 Características: _____

b) DADOS ANTROPOMÉTRICOS E ASPECTOS NUTRICIONAIS

Altura: _____ (m) Peso: _____ (Kg)
 Perda de peso nos últimos 3 meses: () Não () Sim, Peso perdido: _____ (Kg)
 Histórico de: () Sonda () Gastrostomia () Nefropatia () Neoplasia de cabeça/pescoço
 () Neoplasia de trato gastrointestinal () Transplante () Obesidade mórbida III (IMC>50Kg/m2)

2 ITÊNS POSITIVOS
ACIONAR A NUTRICIONISTA
(Atenção nutricional)

c) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

(X) Consciente (X) Orientado () Desorientado () Comatoso () Sonolento () Sedado () Torporoso
 ESCALA DE COMA GLASGOW: _____

d) ASPECTO EMOCIONAL: (X) Calmo () Tenso () Agitado () Apático () Eufórico
 () Agressivo () Triste () Outra alteração. Qual? _____

2 ITÊNS POSITIVOS
ACIONAR O PSICÓLOGO

MOD. 204 - HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 CONFERE COM O ORIGINAL
 EM 11/07/19
 Edna Maria Andrade Silva
 COPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-0



n) PADRÃO DE SONO: ☒ Bom () Regular () Ruim () Insônia () Uso de sedativo-calmantes: ☒ Não () Sim

o) SISTEMA REPRODUTOR: () Menarca () Menopausa () Primípara () Multipara

v) RISCOS: ☒ Não () Sim. Qual? () Queda () UPP () Flebite
Alergia: ☒ Não () Sim. Qual?

VI) CIRURGIAS Você já realizou alguma cirurgia: ☒ Não () Sim.
Qual(is):
Qual o ano?

(VII) NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL – ESPECIFICAR:

Pessoa envolvida no processo de educação: () Paciente () Acompanhante () Familiar

Deseja receber orientações educativas? () Não () Sim

Em que necessidade: () Cirurgia () Pós-alta () Hábitos alimentares/Dietoterapia () Autocuidado/Hábito de vida diária:

Tratamento específico:
() Outro

(VIII) NECESSIDADE ESPECIAIS:

1. O paciente faz parte de populações especiais? ☒ Não () Sim

() Criança () Idosos debilitados
() Adolescente () Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos
() Indígena () Outro. Qual?

2. Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada?

() Alimentação () Linguagem
() Deambulação/ Mobilidade () Surdo e mudo
() Sono e repouso () Comunicação
() Acompanhante () Outros. Qual?

3. Registre os cuidados especiais a serem realizados.

IX) INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Trouxe exames? () Não ☒ Sim. Qual(is)?

imagem no celular (RX)

O Sr ou Srª gostaria de fazer alguma pergunta em relação à estes folders?

() Não () Sim. Folder de direitos e deveres do paciente () Não () Sim. Folder de Higienização das mãos
() Não () Sim. Folder de Risco de quedas () Não () Sim. Identificação com pulseira

O Sr. ou Srª. gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Nome: *Edna Maria Andrade Silva*
Identificação/Responsável: RG:
Assinatura: Grau de parentesco (se aplicável):

Data: *17/06/19* Hora: *15:00*

ASSINATURA/CARIMBO

MOD. 204 - HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM *11/07/19*
Edna Maria Andrade Silva
MAT: 019065



NOME: Armatina Gouveia Santos DN: 06/10/94 DATA DA ADMISSÃO: 17/06/19
CLÍNICA: Neurológica II ENF./LEITO: 233/4 HORARIO: 15:00
PROCEDENCIA: Urgência DATA DA ADMISSÃO NA UNIDADE: 17/06/19

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA JOHNS HOPKINS*

	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.	17/06	18/06	18/06	19/06	20/06	21/06	22/06
() Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrrição). Implemente intervenções básicas de segurança (baixo risco de queda).	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para alto risco de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.	()	()	()	()	()	()	()
Complete a sequência e calcule o escore de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada o escore da categoria é 0.							
Idade (selecione apenas uma opção)							
() 60 - 69 anos (1 ponto)	-	-	-	-	0	0	0
() 70 - 79 anos (2 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
() 80 anos e mais (3 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável)							
() Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
Eliminações: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção)							
() Incontinência (2 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
() Urgência ou aumento da frequência (2 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
() Urgência/aumento da frequência e incontinência (4 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
() Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
() Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
() Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex. sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros). (selecione apenas uma opção)							
() Um equipamento (1 ponto)	-	-	-	-	0	0	0
() Dois equipamentos (2 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
() Três ou mais equipamentos (3 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
Mobilidade (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)							
() Marcha instável (2 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
() Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
() Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
Cognição (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)							
() Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto)	-	-	-	-	0	0	0
() Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
() Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos)	-	-	-	-	0	0	0
Somatória dos pontos	0	0	0	0	0	0	0
Baixo risco: escore de 0-5 pontos.	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR
Risco moderado: escore de 6-13 pontos.							
Alto risco: escore > 13 pontos							

MOD. 131-HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/07/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-0



MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME COM RISCO

BAIXO RISCO	DATA 17/06	DATA 18/06	DATA 19/06	DATA 20/06	DATA 21/06	DATA 22/06
Não deixar o ambiente totalmente escuro	Sim	S	✓	Sim	x	x
Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes	Sim	S	✓	Sim	x	x
Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura	Sim	S	✓	Sim	x	x
MODERADO						
Orientar para que toda saída do leito deva ser orientada pela enfermagem.						
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devem ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta.						
Orientar necessidade de acompanhante.						
Manter a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito.						
Manter ao alcance do paciente seus pertences e objetos mais utilizados.						
ALTO RISCO						
Manter as grades da cama elevadas durante todo o período						
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante.						
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições						
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com o enfermeiro.						

DECLARAÇÃO

Declaro que recebi as orientações quanto a Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar, ao uso de vestiários e calçados adequados, bem como o folder educativo na primeira avaliação. Estou ciente do risco de queda avaliado e que entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.

Assinatura (paciente/acompanhante): Leide Flávia da Costa Silva

Observação: O paciente e acompanhante devem seguir as orientações fornecidas.

* O instrumento é uma versão adaptada da avaliação do risco de queda The Johns Hopkins Health System Corporation.

Leide Flávia da Costa Silva
COREN-PI 567.796-EN

Enfermeiro /Coren

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/07/20
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-A



Prontuário: 488656 Nome: ARIMATEIAS SOUZA SANTOS
Endereço: RUA EURÍPEDES MARTINS 1675 SÃO FRANCISCO
Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI CEP: 64300-000

Sexo: M DT. Nasc: 06/10/1994 (Idade: 24 Anos Estado Civil: S Profissão: PEDREIRO
Cadastro: 17/06/2019 Telefone: 86 -9936.4644 Cartão SUS: 206188227760008 CPF:

Justificativa:

curadoria especial

Data	Assinatura
17/06/19	<i>Cicero</i>
30/06/19	<i>Cicero</i>
19/06/19	<i>Cicero</i>
20/06/19	<i>Cicero</i>
21/06/19	<i>Cicero</i>
21/06/19	<i>Cicero</i>
21/06/19	<i>Cicero</i>
24/06/19	<i>Cicero</i>
25/06/19	<i>Cicero</i>
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

Dr. Roberto Souza Silva
B. O. P. - P. F. - P. F. - P. F.
CRO-PI 1548

Ass. Médico Solicitante

Data: / /

Auditor

Data: / /

Assinatura - CPF

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/07/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-0



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COORDENAÇÃO SERVIÇO SOCIAL

AValiação Social

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Armação Souza Santos
Prontuário:	Clinica: Cirurgia 15
Nascimento:	06/10/94 Estado Civil: Solteiro
Cartão do SUS:	206 1882 2746 0008
Sexo:	() F () M Cor: () Branca () Preta (X) Parda () Amarela () Índio
Endereço:	Rua Curupado Martins Bairro: São Francisco
Município:	Valença / PE Telefone: (81) 99364644
Responsável (Caso se aplique):	
Pessoa Com Deficiência?	() SIM (X) NÃO Qual?
Estudante?	() SIM (X) NÃO
Educacional:	() Não Alfabetizado () Fundamental (X) Médio () Superior
Religião:	() Não Tem (X) Católica () Evangélica () Espirita () Outra
SITUAÇÃO ECONÔMICA - PROFISSIONAL - PREVIDENCIÁRIA	
Profissão:	Ocupação:
Local de Trabalho:	
Trabalho:	() Formal () Informal Acidente de Trabalho: () SIM () NÃO
SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA	
() Em Atividade () Auxílio Doença () Aposentado () Dependente () Desempregado	
() Pensionista () Aposentado () Sem Vínculo () BPC	
VENCIMENTOS / RENDA	
() Sem Renda Própria () Menos de 1 SM () Entre 1 e 3 SM () Entre 3 e 6 SM () Entre 6 e 12 SM	
() Mais de 10 SM () Depende da Renda Familiar	
SITUAÇÃO HABITACIONAL	
Moradia:	
(X) Própria () Alugada () Cedida () Agregada	Tipo: () Casa () Apartamento
Água Encanada:	() SIM () NÃO Luz Elétrica: () SIM () NÃO
Saneamento Básico:	(X) SIM () NÃO Coleta de Lixo Regular: (X) SIM () NÃO
Acesso:	(X) Plano () Ladeira () Elevador () Rampa () Outro
INFORMAÇÕES GERAIS	
Em caso de Acidente solicitou o DPVAT	
() SIM () NÃO	
Utilizando TFD:	
() SIM () NÃO () Não se Aplica	
Passe Livre?	
() SIM () NÃO () Não se Aplica	
Paciente Informado Sobre Proposta de Tratamento	
(X) SIM () NÃO () Com Dúvidas	

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/07/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065



freqüência respiratória (0 a 30 rpm ou Não Informado): NAO INFORMADO

Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não Informado): 102

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 140X90

Observações

APÓS TC DE FACE FICOU EVIDENCIADO FRATURA EM REGIÃO DE MALAR ESQUERDO

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
16/06/2019 16:31	RAFAEL BARBOSA VIEIRA - Estab: Hospital Regional Eustáquio Portela	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento Solicitante
16/06/2019 15:00	Amanda Nogueira Dantas de Vasconcellos - Regulador Internação - SESAPI	Regulada	disponibilidade de vaga
10/06/2019 12:58	Valter de Carvalho Oliveira - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
10/06/2019 12:57	corpo medico hrjl - Estab: Hospital Regional Justino Luz	Pendente	

<https://hydra.sesapi.pi.gov.br/internacoes/118496>

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/07/19
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-0



Informações Gerais

- Paciente:** ARIMATEIA SOUZA SANTOS -- 06/10/1994 (24 anos), Valença do Piauí. Mãe: MARIA DE FATIMA SOUZA MARTINS (/pacientes/231059)
- Leito:** Hospital Getúlio Vargas - HGV (Teresina/PI) - ENF - 237 LEITO - 3 - Bucomaxilofacial / Adulto / Masculino (/estabelecimentos/119)
- Class. Risco:** Urgente

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante

Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)

Médico Solicitante

KIM RAFAEL VELOSO DA SILVA

Usuário Solicitante

Usuário Padrão

Senha

201906100118496

Observação Solicitante

; RAFAEL BARBOSA VIEIRA em 16/06/2019 16:31

Observação Executante

Caráter

Retaguarda

Tipo de Leito

Bucomaxilofacial

CID's

Fratura dos ossos malares e maxilares

Procedimentos

REDUCAO CRUENTA DE AFUNDAMENTO DO MALAR C/ FIXACAO

Descrição Clínica

TRAUMA DE FACE POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO HEMATOMA PERIORBITARIO, ESQUERDO, MULTIPLAS LACERAÇÕES, ORIENTADO, RESPONDENDO A COMANDO. GLASGOW DE 15. SAT 97% EM AR AMBIENTE. FR 18 IRPM. FC 102 BPM. PA=140X90 MMHG.

Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NAO INFORMADO

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): NAO INFORMADO

SERVIÇO SOCIAL

Autorizo abertura de prontuário

Teresina, 17/06/19

Edna Maria A. Silva

Chapman - 16/16

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/07/19
Edna Maria A. Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-0



Leito: Hospital Getúlio Vargas - JIPI - 11045669

Class. Risco: Urgente

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante

Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)

Médico Solicitante

KIM RAFAEL VELOSO DA SILVA

Usuário Solicitante

Usuário Padrão

Senha

201906100118496

Observação Solicitante

; RAFAEL BARBOSA VIEIRA em 16/06/2019 16:31; HELDER MARTINS em 16/06/2019 20:45

Observação Executante

GRAÇA; Arlene Lima da Silva em 17/06/2019 08:14

Caráter

Retaguarda

Tipo de Leito

Bucomaxilofacial

CIDs

Fratura de osso maxilar - do RBC

Procedimentos

PELO CARIÓTIPO DE DOENÇA CRONICA DE ORO MAXILARIO

Descrição Clínica

TRAUMA DE FACE POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO HEMATOMA PERIORBITARIO, ESQUERDO, MULTIPLAS LACERAÇÕES, ORIENTADO, RESPONDENDO A COMANDO. GLASGOW DE 15. SAT 97% EM AR AMBIENTE. FR 18 IRPM. FC 102 BPM. PA=140X90 MMHG.

Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessita

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/07/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/ MAT: 019065-^o



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

ARIMATONIA JOLIA SANTOS

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

Buco - Maxilo

ENF/LEITO:

À CLÍNICA:

ORTOPEDISTA

MOTIVO DA CONSULTA

Plm no pré-operatório da
cirurgia BMA com
qualidade de dor no ombro
(E) solicitando parecer

DATA:

24/06/19

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

Dr. Juscelino Lopes da Silva
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRO-PI: 861

PARECER:

ortopedi
no pré-operatório
ADM funicular
funicular
funicular

(H) < Confusões ombro e

col/ de ombro e

Obs: Liberado a cirurgia
reconstrução do ombro
e com ortopedico

24,06,2019

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/07/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065





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

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **ARIMATEIAS SOUZA SANTOS**

Prontuário: **488656**

Dt. Nasc.: 06/10/1994

Atendimento: **1000334**

Idade: 24a 8m 12d

Sexo: M

Dados da Solicitação:

Pedido: **154527**

Data Pedido: 18/06/2019

Médico Solicitante: **FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA**

Setor Solicitante: **CL. CIRURGICA II**

Unid. Internação / Leito: **CL. CIRURGICA II / CIRII237**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.06.01.004-4**

Data do Laudo: 18/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DA FACE OU ATM

TÉCNICA: Multislice, sem contraste.

- Fraturas desalinhadas nas paredes anterior e lateral do seio maxilar, bem como no arco zigomático esquerdos, com hemossinus maxilar esquerdo.

- Disjunção fronto-maxilar à esquerda, com presença de prováveis pequenos fragmentos ósseos destacados adjacentes.

- Desvio do septo nasal de sua porção anterior para a direita e posterior para a esquerda, com esporão ósseo.

- Seios frontais e maxilar direito de transparência normal.

- Células etmoidais anatômicas.

CONCLUSÃO:

- Fraturas desalinhadas nas paredes anterior e lateral do seio maxilar, bem como no arco zigomático esquerdos, com hemossinus maxilar esquerdo.

- Disjunção fronto-maxilar à esquerda, com presença de prováveis pequenos fragmentos ósseos destacados adjacentes.

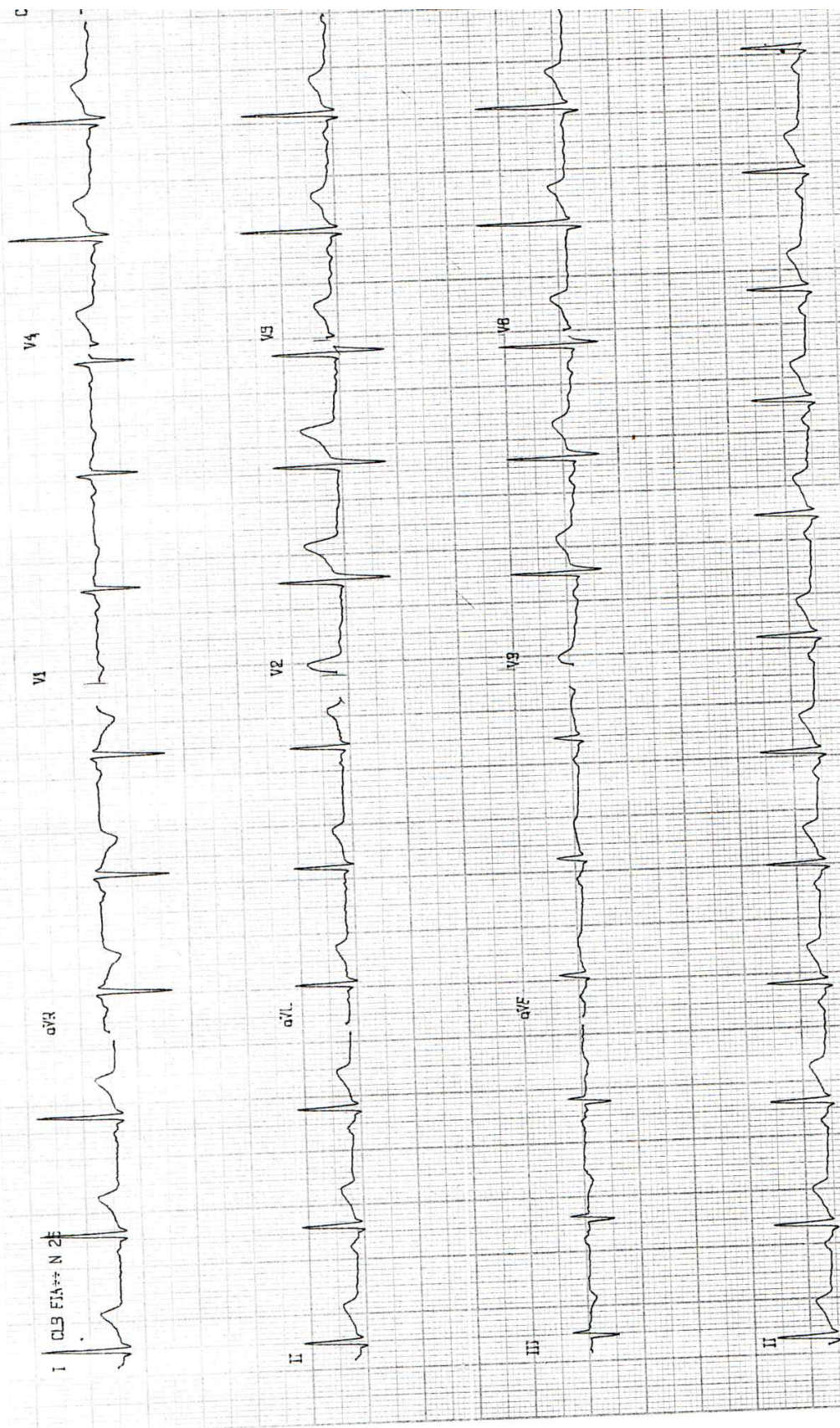
- Desvio do septo nasal de sua porção anterior para a direita e posterior para a esquerda, com esporão ósseo.

ALEXANDRE VITOR T E SILVA DO R MONTEIRO
3678

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 18/06/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/ MAT: 019065-0



Armatuías Souza Santos
18/06/19 10:23h



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 18/06/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065



Assinado eletronicamente por: ANTONIO HELDER IZIDORIO DA SILVA - 29/07/2020 14:58:58

Número do documento: 20072914573793200000010469462

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/02/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO (RAT: 019065)

FOLHA DE CONTROLE

NOME: Demetria Souza Santos										PRONTUÁRIO:		LEITO: 237-3		PESO:		IDADE: 24/0																	
DIAGNÓSTICO: História de Ovarios Múltiplos e Múltiplos										INTERNAÇÃO: 17		G.S./F. RH		DATA: 17/10/19																			
SINAIS VITAIS										ENTRADAS										SAÍDAS													
H	O	R	A	T	P	R	PAI	PAM	DOR	PVC	SAT	O ₂	P	I	C	G	L	I	C	O	VO	SNG	PLASMA	SANGUE	NPC	MED	SF	SG	DRENOS	SNG	DIURESE	EVA	
07																																	
08																																	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
SOMA PARCIAL																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
21																																	
22																																	
SOMA PARCIAL										12x8 01																							
23																																	
24																																	
01																																	
02																																	
03																																	
04																																	
05																																	
06																																	
SOMA PARCIAL										13x9 0																							
SOMA TOTAL																																	

BALANÇO 24 HS

3. ESCALA NUMÉRICA DA DOR:

sem dor média dor muito dor

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/05/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 019065-
112

TECNIQUES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

AValiação de enfermagem

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

note segue no 2º DIH para tratar o diagnóstico de fúria, consequente do consumo de produtos no momento de entrada, já que se trata de uma emergência, sendo o tratamento de urgência e reparação de danos. Segue, aos cuidados da enfermeira, Sarah dos Santos S. Barbosa.

COFEN nº: 000.559.059

unif

Amelia

COREN PI: 000.569.059

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/07/19
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO / MAT: 019065-0

[illegible]



DO PACIENTE

FEPISERVI
Fundação Estatal Piaulense
de Serviços Hospitalares

EPISERH
Fundação Estadual Piauiense
Serviços Hospitalares

[illegible]

MOD. 09-HGV

UF: PI	DT. Nasc: 06/10/1994	Profissão: PEDREIRO	Telefone: 86 - 9936.4644	CPF:	Cartão SUS: 206188227760008
--------	----------------------	---------------------	--------------------------	------	-----------------------------

Internação: 17/06/2019	Alta: 17/06/19 às	Permanência: 8
------------------------	-------------------	----------------

Diagnósticos:

CID Principal: ☐ ☐ ☐ ☐

CID Secundário: ☒ ☐ ☐ ☐

CID Causa Morte: ☐ ☐ ☐ ☐

Situação na Admissão:

Evolução e Situação na Alta:

Medicações Utilizadas:

Cirurgia: Data: ____/____/____ Tipo: ____

Anejoamento Pós Alta ou Motivo da Transferência:

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

Transferência:

Vaga cedida por: _____

Transporte: _____

Nome: _____	Dr. Fabrício Serra e Silva Bucal-Maxilo-Facial CRO-PI 1548 Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente
-------------	--

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/07/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO / MAT. 019065

