



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:		<i>LUCAS DO VALE ARAUJO.</i>	
NACIONALIDADE:		ESTADO CIVIL:	<i>SOLTEIRO</i>
PROFISSÃO:	<i>VIGIA NOTURNO.</i>	RG:	<i>3494806 SSP PI.</i>
CPF:	<i>059 937.183 82</i>	ENDERECO:	<i>Rua JORNALISTA DODSON 2931, HORTO FLORESTAL, TERESINA - PI/PI</i>

OUTORGADOS: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/PI nº 5795, com escritório profissional situado na Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro - Teresina - PI, CEP 64.000-120.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado devidamente qualificado acima, com a cláusula "**AD JUDICIA ET EXTRA**", para, agindo, representá-lo (a) perante repartições públicas e qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado, a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-la nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe também, poderes especiais para confessar, transigir, variar, desistir, **fazer acordos**, receber e dar quitações, requerer o que convier, firmar compromissos, assinar termos, receber citações, notificações, intimações e alvará judicial, representar o (a) outorgante em audiências, perante os juízos deprecante e deprecado e em qualquer instância, podendo substabelecer o presente mandato com ou sem reservas de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do (a) outorgante e ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina, PI, 28 de Fevereiro 2019.

OUTORGANTE: Lucas do Vale Araujo





## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

DECLARANTE: <u>Lucas do Vale Araújo</u>	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO (A)	ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRO.</u>
PROFISSÃO: <u>VIGIA NOTURNO</u>	RG: <u>3494 806 SSP PI</u>
CPF: <u>059 937 183-82</u>	ENDEREÇO: <u>Rua JORNALISTA DONOR 2931, HORIO PROKESFAL, TERESINA PIAUÍ</u>

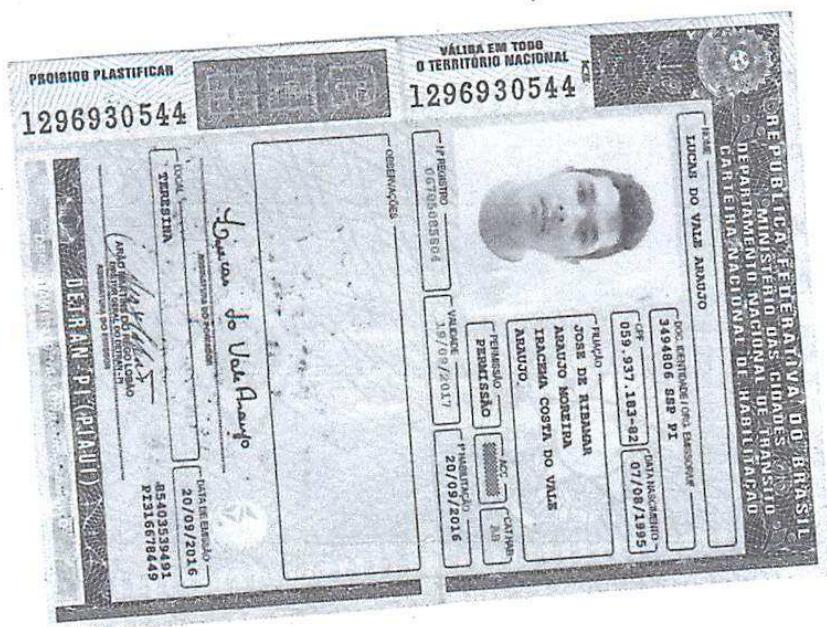
Eu, acima qualificado, declaro para os devidos fins, que sou pobre na forma da Lei, não tendo condições de arcar com despesas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, que por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Teresina, PI, 28 de Fevereiro de 2019.

Lucas do Vale Araújo  
DECLARANTE

Rua Eizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina/PI - CEP: 64000-120  
Fones: (86) 9452-3253 / 9151-6752 / 9806-5701 / 9936-5517 | E-mail: ramonadv@bol.com.br | www.alexandreramon.juradv.br





MÉDIAS CORRETORA DE SEGUROS



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 01/04/2019 21:40:25  
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040121402569700000004469711>  
Número do documento: 19040121402569700000004469711

Núm. 4650817 - Pág. 3

**Aguas de Teresina**

CNPJ 27.1374740001-04  
Av. Olho D'água, 1055, Teresina - CEP 64017-000, Teresina - PI  
Telefone: 086 223 2000 ou 115 / (086) 98124-3199

MATRÍCULA 13955799-7 FATURA N° 152642912  
MÊS/ANO 9/2018

TG 1.56 2018012657014

NOME / ENDEREÇO  
LOCADOR JOAO E A DOS SANTOS  
PROPRIETARIO: IVANILDE DE SOUSA MACHADO  
RUA JORN DONDON,2931-HORTO FLORESTAL-TERESINA-PI-cep:64052850

LOCAÇÃO 006-00046-004235 GRUPO 006 NÚMERO DO HABITACULO A14F317679

HISTÓRICO DE CONSUMO		LIDO	FATURADO	TIPO
09/2018	Média	03	10	
10/2018	Média	09	10	
01/2019	Média	02	11	
02/2019	Média	00	12	
03/2019	Média	00	13	
04/2019	Média	03	13	

DATA LIDA DATA LEITORA FOLHA/Mês - CATEGORIA/TIPO FAZENDA  
ANTERIOR 11/08/2018 159 10 PIS/PASEP 16.64+1.65= 0,39  
ATUAL 12/09/2018 159 CONSUMO M3/M3 07/2018 COFINS 16.34+1.65= 1,03

1 Residencial - Normal

LEI 12.741/2012

VALOR REFERENTE ÁGUA - 11,63 10,0 m3 11,63  
> Resid social-Normal 10,0 m3 5,82  
VALOR DE ESGOTO - 5,82 07/2018 0,16  
> Resid social-Normal 08/2018 0,92  
JUROS POR ATRASO 07/2018 0,36  
JUROS POR ATRASO 08/2018 0,35  
MULTA POR ATRASO 08/2018 0,35  
MULTA POR ATRASO

VENCIMENTO 24/09/2018 TOTAL A PAGAR 18,34

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM  
INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE ÁGUA PODERA SER MODIFICADA  
CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADRÕES.

NOTIFICAÇÃO  
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,  
conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, Inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.290	3.290	0	1,27	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	3.349	3.061	288	8,46	Inferior a 15,0
PH	3.353	3.341	12	6,90	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.349	3.160	189	2,08	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTais	905	892	13	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	905	905	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 12/09/2018 HORA DA EMISSÃO: 08:20

*(Handwritten signature)*  
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 02/10/19



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho. Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequadamente. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la. Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo. Seja o seu focal de trabalho. Você pode ser o portador de um acidente.

Assinatura d

ia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 56731 Série 000829/01



Lucas da Vale Aranha  
ASSINATURA DO PORTADOR



pequena em nível de consumo, que não tem o direito  
máximo de consumo, mas que é maior que zero. A  
medida que o consumo é menor que o consumo máxi-  
mo, a demanda é maior que a oferta. Isto é, a  
diferença entre a demanda e a oferta é positiva.  
A medida que o consumo é maior que o consumo máxi-  
mo, a demanda é menor que a oferta. Isto é, a  
diferença entre a demanda e a oferta é negativa.  
A medida que o consumo é igual ao consumo máxi-  
mo, a demanda é igual à oferta. Isto é, a  
diferença entre a demanda e a oferta é nula.

### CONCEITOS DE CONSUMO E DEMANDA



2019-07-17 09:46:28



## **QUALIFICAÇÃO CIVIL**

Nome Luis de Vale Araujo  
Loc. Nasc. Teresina Est. PI Data 07/08/1995  
Filiação Joátema (sóto da Vale) Araujo  
Jose de Ribamar Araujo Moreira  
Doc. N° 29 3 499 806 S-SIT Exp. 24/08/10

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. N° .....  
Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
Obs.: .....  
Data Emissão ..... / ..... / ..... SRTE .....  
Assinatura do Funcionário

## **ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE** (Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

6



12

### CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

5110796420001-44  
CÓDIGO MUNICIPAL DE REGULAMENTAÇÃO  
Rua Professor Fernando Henrique  
Bairro Niterói

Município ..... CEP: 24030-000  
 Esp. do estabelecimento: EST.

Cargo: Professor de Educação Física  
 CBO nº: 5220

Data admissão: 01 de Maio de 2014  
 Registro nº: Fis/Ficha

Remuneração específica da R\$ 1.80,00 (Sez.  
1.800,00 reais reais).

ALEXANDRE RAMON  
 Ass. do empregado ou à rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída: 03 de Maio de 2014  
 Ass. do empregado ou à rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD nº .....

13

### CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

5110796420001-44  
CÓDIGO MUNICIPAL DE REGULAMENTAÇÃO  
Rua Professor Fernando Henrique  
Bairro Niterói

Município ..... N° .....  
 Esp. do estabelecimento: EST.

Cargo: Professor de Educação Física  
 CBO nº: 5220

Data admissão: 01 de Maio de 2014  
 Registro nº: Fis/Ficha

Remuneração específica da R\$ 1.80,00 (Sez.  
1.800,00 reais reais).

ALEXANDRE RAMON  
 Ass. do empregado ou à rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída: 03 de Maio de 2014  
 Ass. do empregado ou à rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CB nº: Aumentar





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.494.806	DATA DE EXPEDIÇÃO	07/04/16
NOME	LUCAS DO VALE ARAÚJO		
PLAÇAÇÃO	IRACEMA COSTA DO VALE ARAÚJO		
JOSÉ DE RIBAMAR ARAÚJO MOREIRA	DATA DE NASCIMENTO		
NATURALIDADE	07/08/1995		
TERESINA-PI	DOC. ORIGEM		
CERT.NASC. 93263 L A105 F 191			
CPF EXP TERESINA-PI 15/09/98			
TERESINA-PI 059.937.183-82 ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83			



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	<b>059.937-183-82.</b>	<b>LUCAS DO VALE AKAUJO</b>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: <b>LUCAS DO VALE AKAUJO.</b>		CPF: <b>059.937-183-82.</b>	
Profissão: <b>RECUSO.</b>	Endereço: <b>RUA JORNALISTA DONDON</b>	Número: <b>2931</b>	Complemento:
Bairro: <b>NOVO MORETAL.</b>	Cidade: <b>TERESINA</b>	Estado: <b>PI</b>	CEP: <b>64052850.</b>
E-mail:	Tel.(DDD): <b>86 99900-3924</b>		

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **2004**

CONTA: **592+**

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Recebido em: **04/01/2019**

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Teresina, 06/02/2019.**  
 Nome: **LUCAS DO VALE AKAUJO.**  
 CPF: **059.937.183-82**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
**Lucas do vale Akaajo**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





Buscar no site



A PONTOS DE  
COMPANHIA ATENDIMENTO  
SEGURO (/Pontos-de-  
DPVAT Atendimento) CENTRO DE  
ESTATÍSTICAS SALA DE  
IMPRENSA TRABALHE  
CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

**SINISTRO 3190105610 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA LUCAS DO VALE ARAUJO  
COBERTURA Invalidez  
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**



- MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS EIRELI - ME
- BENEFICIÁRIO LUCAS DO VALE ARAUJO
- CPF/CNPJ: 05993718382

**Posição em 25-02-2019 17:35:05**

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/02/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



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



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

## ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A Ø

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004198/2018-12

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Kátia Maria Evangelista

Data/Hora: 07/12/2018 - 14:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

07/11/2018 - 08:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

CABRAL

Endereço

RUA GOIAS, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCAS DO VALE ARAÚJO (23 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: IRACEMA COSTA DO VALE ARAÚJO

Pai: JOSÉ DE RIBAMAR ARAÚJO MOREIRA

Endereço: RUA JORNALISTA DOMDON,, Nº 2931

Bairro: HORTO FLORESTAL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9532-1242

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE COMUNICA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO O VEÍCULO MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ 125K PLACA PIO-3236 DE PROPRIEDADE DE IVANILDE DE SOUSA, CPF 70342989391 QUE UM VEÍCULO TAXI , NÃO IDENTIFICADO, COLIDIU COM SEU VEÍCULO NO MOMENTO QUE O NOTICIANTE IA ENTRAR NA RUA GOIÁS, QUE CAIU FICANDO LESIONADO QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU CHAMADA 900 E LEVADO PARA O HUT PRONTUARIO 202407. AS DECLARAÇÕES PRESTADAS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Kátia Maria Evangelista - Mat. 0088846  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

LUCAS DO VALE ARAÚJO (23 ANOS) - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"  
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 07/12/18





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

059 937 183 82 LUCAS DO VALE AXAÚJO

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

Nome completo:

LUCAS DO VALE AXAÚJO

CPF:

059.937.183-82

Profissão:

RECUSO

Endereço:

RUA JORNALISTA DODÔON

Número:

2931

Complemento:

Bairro:

HORRO PROXIMAL

Cidade:

TERESINA

Estado:

PI

CEP:

64052 850

Tel.(DDD):

86 999003944

E-mail:

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2004

CONTA: 59297

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*[Handwritten signature]*  
MENINA  
DATA: 12/02/2019  
MEDICO  
DIRETOR DA  
REDAÇÃO

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, *Teresina - PI 12/02/2019*.  
Nome: *LUCAS DO VALE AXAÚJO*  
CPF: *059 937 183 82*

(\* Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - PI 9020170040903 N° 012713771288  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
1 932720889 2017

IVANILDE DE SOUSA MACHADO

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

CPF/CNPJ PLACA  
70342989391 PIO-3236

PLACA ANT./UF CHASSI  
9C6KE094070022034

ESPECIE TIPO MARCA / MODELO ANO FAB. ANO COD.  
PAS/MOTOCICLO/NHEM/UNI YAMAHA/XTZ 125K 2007 2007

CAP / POT / CIL.

002P/124CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

I

VENC. COTA ÚNICA

P

1º IPVA

V

FAIXA I.P.V.A.

A

PARCELAMENTO / COTAS

V

2º

V

3º PAGO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

SEGURADO PAGO OBRIGATÓRIO

IOF (R\$)

0,00

PRÉMIO TOTAL (R\$)

0,00

DATA DE PAGAMENTO

12/07/2017

OBSERVAÇÕES

SEM RESTRIÇÕES DE PORTE OBRIGATÓRIO  
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

TERESINA

Assinado e recolorado digitalmente

DATA

12/07/2017

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

PI Nº 012713771288 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/7/2017

MA 1 CPF / CNPJ 70342989391 PLACA PIO-3236

RENAVAM 932720889 MARCA / MODELO YAMAHA/XTZ 125K

ANO FAB. 09 N° CHASSI 9C6KE094070022034

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,28 DENATRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 185,50

PAGAMENTO X COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 12/07/2017

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

[www.seguradolarider.com.br](http://www.seguradolarider.com.br)

MEDEI CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 07/07/2019



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 01/04/2019 21:40:26  
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040121402598900000004469716>  
Número do documento: 19040121402598900000004469716

Num. 4650822 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 01/04/2019 21:40:26  
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040121402598900000004469716>  
Número do documento: 19040121402598900000004469716

Num. 4650822 - Pág. 2

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUANILDE DE SOUSA MACHADO,  
RG nº 1.148.464, data de expedição 12/04/2016.  
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 703429893-91, com  
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de  
PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA JORNALISTA DONDON GLOBO FLORES, nº 2931  
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima LUCAS DO VALE ALAVÍD, cujo o condutor era  
O MESMO.

Veículo: YAMAHA XTZ 125K - MOTO.  
Modelo: YAMAHA XTZ 125 K.  
Ano: 2007/2007.  
Placa: P10 3236.  
Chassi: 9C6KE094070022034.  
Data do Acidente:  
Local e Data: Teresina 03/12/2018.

  
Ivanilde Souza Machado  
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 07/02/2019

Assinatura do Declarante

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



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA  
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI  
Fone: (0xx65) 2221-7886 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: IVANILDE DE SOUSA MACHADO, DOU FE. EM TEST. Sou DA VERDADE.  
TERESINA-PI, 03/12/2018. Emol.: 3,71 Teto, 74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABL 96463 (F690P179)

Maria Elvira Cardoso Sousa - Escrivente Autorizado

Tabelião  Escrivente autorizado





A QR code located at the bottom left corner of the page.

Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 01/04/2019 21:40:26

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040121402598900000004469716>

Número do documento: 19040121402598900000004469716

Num. 4650822 - Pág. 4



Ag = 2009

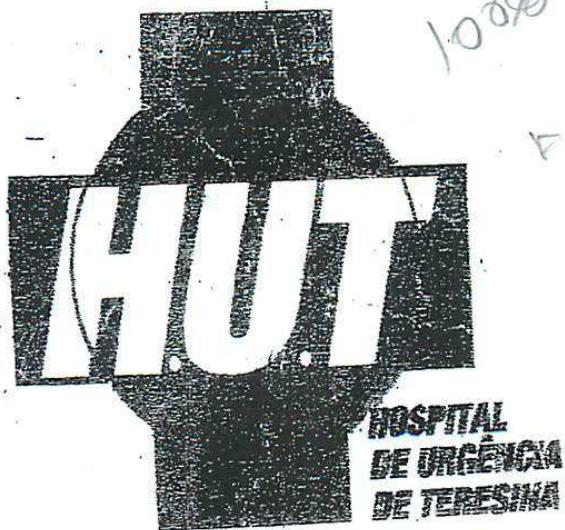
DP 013

CP = 5927-7 -

LUCAS DO VALE ARAÚJO

*LUC*  
EDIDA CORRETORA DE SEGUROS  
ACEBIDO NO: 07/02/19





NOME DO PACIENTE:

Ricar do vale

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

222407

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



SIMISTRO. 31901 OS610.

OS9



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 01/04/2019 21:40:26

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1904012140260500000004469717>

Número do documento: 1904012140260500000004469717

Num. 4650823 - Pág. 2



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## **LAUDO MÉDICO**

Paciente: LUCAS DO VALE ABALUJO (Prontuário: 202407)

**RUA JORNALISTA DONDON - HORTO FLORESTAL - TERESINA - PI CEP: 64100-010**

Nascimento: 07/08/1995 Idade: 23a5m15d Seção: Masculino C.I.: MRCGNCIAEMERG - Nascimento: 07/08/1995

Requisição: 880810 - Solicitante: OT/110810 - Solicitante: FÁBIO MARCOS BEZERRA

Requisição: 069619

Solicitação: 07/11/2018

Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1103223

Convênio: SUS

## **RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060168

Data Exam: 07/11/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas nas diafises distais da tibia e fibula

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 22/12/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Professional Responsável

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Ana Simone Lopes de Souza  
MANUSCRITO  
SAÚDE - UFTM





UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Celtic



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 01/04/2019 21:40:26  
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040121402605000000004469717>  
Número do documento: 19040121402605000000004469717

Núm. 4650823 - Pág. 4



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/01/19

NOME DO PACIENTE:	<u>Lucas do Nascimento</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>205407</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Hernia do Pênis</u>	CIRURGIA:	<u>Cirurgia de Ortopedia</u>
ANESTESIA:	<u>Lorque</u>	Nº DA SALA:	<u>03</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Celso Vaz de Oliveira Neto</u> Médico Ortopedista	CPF N°:	
AUXILIAR:	<u>CRM-PI: 3034</u>	CPF N°:	
ANESTESIA:	<u>Drª Denise</u>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Ediane</u>	CPFN°:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>715</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>810</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>05</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>80</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO <u>500ml</u>	FRASCO	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.			<u>Catéter 02</u>		<u>01</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletrônicos -</u>		<u>05</u>	<u>unid.</u>
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Escovas -</u>		<u>03</u>	<u>unid.</u>
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Cupom -</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				<u>Sofangimoutinho</u>			
				<u>Solange Nazaré C. Moutinho</u>			

Téc. Enfermagem MOD - 094  
COREN-PI: 453.435





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPÉDIA

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LUCAS DO VALE ARAUJO		Frontuário: 202407
Mãe: IRACEMA COSTA VALE	Pai: JOSE DE RIBAMAR ARAUJO MOREIRA	
End.Resid.: RUA JORENALISTA DONDON - HORTO FLORESTAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 07/08/1995	Idade: 23a3m0d	Sexo: Masculino Fone: 86-99453-0382
Responsável: KELLYANE	CNS: 203450211120018	
Profissão: ESTUDANTE	Documento: RG: 3494806 - PI	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 692625	Entrada: 07/11/2018 09:20:02	Convênio: S U S	Proced:
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
MEDIDA CORRECTORA DE SEGUROS		Indefinido
Brave História Clas. Risco:	REAGIR PRA FICAR	DATA 07/11/18
Received em: 07/02/10		

SSVV: (Hora: ____ : ____)				
Peso: Kg	Altura: M	IMC: Kg/m <sup>2</sup>	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
<p>Lacte rotuno de cunha metacôndilo há circa de 1h. Perto horário de lesão. Algo puto de conservar, não se moveu. Dor intensa, insuportável. (A) Ut dor em um dolor envolto, pressão aguda. (B) MVD, um ruído rotativo. SNF, CP, ST, SS. (C) Sem sinal de sangramento extenso. Sem risco de morte iminente. (D) Oligo (E), perda sensorial e funções.</p> <p>(E) Pode ser de cunha metacôndilo.</p>
Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:
Rx de Enro D, Rx de ariel, Rx de Tcm

Prescrição Médica:
Tala suspenso AD CC & tancar

Motivo da Alta/Encerramento:
DATA: / / . HORA: / / : / /

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI 3054

CO





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <i>910</i>	02 Data do chamado <i>07/11/18</i>	03 PRO (código) <i>2897</i>	04 Saída do PA <i>8:37</i>	05 Chegada ao local <i>8:41</i>
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>9:01</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>9:17</i>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço <i>R GOIAS N (PRAZERES)</i>	11 Bairro <i>CRISTAL</i>	12 Município-UF <i>TERESINA - PI</i>	Código IBGE	
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência <i>JRU - MICT TRENTO</i>				
Acidente de Transporte	14 Nome <i>LUCAS DO SANTO ANTONIO</i>	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado	16 Idade <i>07/08/95</i>	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim    2- Não    9- Ignorado
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	<i>21</i>
Assistência	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Hospital de Destino	23 Glasgow = <i>15</i>	RESPOSTA VERBAL 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso <i>72</i> Resp. <i>16/min</i> PA <i>140/80 mmHg</i> TAX. <i>97%</i> Sat02 <i>97%</i>	25 Local da lesão <i>lateral esquerda</i>
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1- Iguais <input checked="" type="checkbox"/> 2- Desiguais <input type="checkbox"/>	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input checked="" type="checkbox"/>	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve    3 Moderada    7 Intensa    10	
	30 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/>	2- Não <input type="checkbox"/> 3- Suspeito <input type="checkbox"/>	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemia <i>99 mg/dL</i> Acesso Venoso <i>SI</i> Medicamentos a) <i>DIPENOX 30 mg</i> b) <i>07/10/2018</i> c) <i>07/10/2018</i>	Não Removido <input type="checkbox"/>
	32 Hospital de Destino <i>HUC</i>	33 Condições de entrada <i>(3)</i> 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Objetivo: <i>07/10/2018</i>	1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>	
	<i>Do vitims will be made X avulsar 1 fazem fccm pnm pacat si slamsa TCC - ABONO - fachada - injeção si dutas docum. ID - PDI/17/2018 c/ fractura de perna d</i>				
	Socorristas Médico <i>JOÃO DA COSTA</i> AE/TE <i>INICIAZ</i>	Enfermeiro Condutor <i>Ana Carolina Lopes</i>			
	Responsável pela Recepção <i>João Henrique</i>	Versão: 27.11.2011			



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO																																																																																																																																		
NOME DO PACIENTE <i>Bucos de Vale Preto</i>																																																																																																																																							
DATA: 07.11.18		P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																																																																																																
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA																																																																																																																																
EXAMES DE URINA																																																																																																																																							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA																																																																																																																																							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA																																																																																																																																		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>ASA II (Nigre alergico)</i>					ASMA	BRONQUITE																																																																																																																																	
SISTEMA DIGESTIVO <i>(LHA)</i>					SISTEMA URINÁRIO																																																																																																																																		
ESTADO MENTAL <i>PA = 160 x 80 mmHg</i> <i>Sot. 99%</i>					CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS																																																																																																																																
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS																																																																																																																																		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS																																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="4">x 16:00</th> <th colspan="2">TOTAL DE DOSES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">AGENTES ANESTÉSICOS</td> <td>OXIGÉNIO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td colspan="2"><i>Cefazolin 6mg</i> <i>Peromitarsone</i> <i>Tamp</i> <i>Floril Tamp</i> <i>Tanoxicam</i> <i>IFR</i> <i>Seclagec</i> <i>Mideglic</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">LÍQUIDOS</td> <td>SO-UTO 500</td> <td>400</td> <td>300</td> <td>200</td> <td colspan="2"><i>150</i> <i>500</i> <i>500</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">TEMPERATURA T</td> <td>C°</td> <td>260</td> <td>240</td> <td>2</td> <td colspan="2"><i>38</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">P. ARTERIAL V O PULSO</td> <td></td> <td>200</td> <td>180</td> <td>1</td> <td colspan="2"><i>140</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">INÍCIO E FIM ANESTESIA X</td> <td></td> <td>160</td> <td>140</td> <td>1</td> <td colspan="2"><i>120</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">INÍCIO E FIM OPERAÇÃO</td> <td></td> <td>100</td> <td>80</td> <td>0</td> <td colspan="2"><i>60</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">RESPIRAÇÃO O</td> <td></td> <td>80</td> <td>60</td> <td>0</td> <td colspan="2"><i>40</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">RESPIRAÇÃO O</td> <td></td> <td>60</td> <td>40</td> <td>0</td> <td colspan="2"><i>20</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">RESPIRAÇÃO O</td> <td></td> <td>40</td> <td>20</td> <td>0</td> <td colspan="2"><i>10</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">SÍMBOLOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">DURAÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TÉCNICAS</td> <td colspan="4"><i>Raquitométrica + relocalização</i></td> <td colspan="2">INCIDENTE - ACIDENTE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">OPERAÇÕES</td> <td colspan="4"><i>Osteosíntese de tibia</i></td> <td colspan="2"><i>Mais prunes</i> <i>Lisfranc fúnks</i> <i>266</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">CIRURGIÕES</td> <td colspan="4"><i>Cais</i></td> <td colspan="2"><i>Agua clor</i> <i>Superecione</i> <i>perde 13mgs</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANESTESISTAS</td> <td colspan="4"><i>Jenisea Guimaraes</i> <i>Anestesiologista</i> <i>CRM 4925</i></td> <td colspan="2">CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PARTICULARIDADES</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"><i>total</i> <i>160g</i></td> </tr> </tbody> </table>										x 16:00				TOTAL DE DOSES		AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÉNIO	1	2	3	<i>Cefazolin 6mg</i> <i>Peromitarsone</i> <i>Tamp</i> <i>Floril Tamp</i> <i>Tanoxicam</i> <i>IFR</i> <i>Seclagec</i> <i>Mideglic</i>		LÍQUIDOS		SO-UTO 500	400	300	200	<i>150</i> <i>500</i> <i>500</i>		TEMPERATURA T		C°	260	240	2	<i>38</i>		P. ARTERIAL V O PULSO			200	180	1	<i>140</i>		INÍCIO E FIM ANESTESIA X			160	140	1	<i>120</i>		INÍCIO E FIM OPERAÇÃO			100	80	0	<i>60</i>		RESPIRAÇÃO O			80	60	0	<i>40</i>		RESPIRAÇÃO O			60	40	0	<i>20</i>		RESPIRAÇÃO O			40	20	0	<i>10</i>		SÍMBOLOS						DURAÇÃO		TÉCNICAS		<i>Raquitométrica + relocalização</i>				INCIDENTE - ACIDENTE		OPERAÇÕES		<i>Osteosíntese de tibia</i>				<i>Mais prunes</i> <i>Lisfranc fúnks</i> <i>266</i>		CIRURGIÕES		<i>Cais</i>				<i>Agua clor</i> <i>Superecione</i> <i>perde 13mgs</i>		ANESTESISTAS		<i>Jenisea Guimaraes</i> <i>Anestesiologista</i> <i>CRM 4925</i>				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		PARTICULARIDADES						<i>total</i> <i>160g</i>	
		x 16:00				TOTAL DE DOSES																																																																																																																																	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÉNIO	1	2	3	<i>Cefazolin 6mg</i> <i>Peromitarsone</i> <i>Tamp</i> <i>Floril Tamp</i> <i>Tanoxicam</i> <i>IFR</i> <i>Seclagec</i> <i>Mideglic</i>																																																																																																																																	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500	400	300	200	<i>150</i> <i>500</i> <i>500</i>																																																																																																																																	
TEMPERATURA T		C°	260	240	2	<i>38</i>																																																																																																																																	
P. ARTERIAL V O PULSO			200	180	1	<i>140</i>																																																																																																																																	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X			160	140	1	<i>120</i>																																																																																																																																	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO			100	80	0	<i>60</i>																																																																																																																																	
RESPIRAÇÃO O			80	60	0	<i>40</i>																																																																																																																																	
RESPIRAÇÃO O			60	40	0	<i>20</i>																																																																																																																																	
RESPIRAÇÃO O			40	20	0	<i>10</i>																																																																																																																																	
SÍMBOLOS						DURAÇÃO																																																																																																																																	
TÉCNICAS		<i>Raquitométrica + relocalização</i>				INCIDENTE - ACIDENTE																																																																																																																																	
OPERAÇÕES		<i>Osteosíntese de tibia</i>				<i>Mais prunes</i> <i>Lisfranc fúnks</i> <i>266</i>																																																																																																																																	
CIRURGIÕES		<i>Cais</i>				<i>Agua clor</i> <i>Superecione</i> <i>perde 13mgs</i>																																																																																																																																	
ANESTESISTAS		<i>Jenisea Guimaraes</i> <i>Anestesiologista</i> <i>CRM 4925</i>				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS																																																																																																																																	
PARTICULARIDADES						<i>total</i> <i>160g</i>																																																																																																																																	

MOD 76 - HUT



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Lucas da Hale Araujo		
Diagnóstico pré-operatório	fratura do Péme (1)		
Operação - Tipo	RAPI - Osteosíntese		
Cirurgião	Dra. Caiá Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI: 3054	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Eduardo	Anestesista	Dr. Denise
Anestésico(a)		Anestesia	Daquee
Data da Operação	07/11/18	Inicio	15:45
Diagnóstico Pós-operatório	O nome		
Relatório Imediato do Patologista	X		
Acidente Durante a Operação	S		
<b>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)  Punição amio - Amnio, autópsia Amio auto ideal Dno (1) feua fario - produzido e proceder para o dno friso - removido - limpore ferens - anotar			
Dr. Caiá Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI: 3054			

Mod. 76 HUT

