

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

nacionalidade: Brasileira, estado civil: Solteiro, RG: _____
CPF: 614848.723-74, com endereço:
R. Abatuba, 2024, B. Urbano, Cep. 64000-000.

OUTORGADO: **Hauzeny Santana Farias**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Piauí – OAB/PI sob o nº. 18051, com escritório profissional na Rua Governador Tibério Nunes, nº. 329, Cabral, Teresina – PI, e endereço eletrônico: hsf.adv@hotmail.com.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad-judicia et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Teresina, Piauí . 10 de Julho de 2019.

Hauzeny Santana Farias

Outorgante





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para consulta
consulte o número
DSS: NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0429368-1

Nº da Nota Fiscal 017482782

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

CONTA MÊS
FEVEREIRO/2019
VENCIMENTO
15-02-2019
CONSUMO (kWh)
124
TOTAL A PAGAR (R\$)
119,58

DAVID JOSE DE SOUSA
R. ABAETUBA 2024 2024 B-URBANO
CPF: 00053647050300
CEP: 64.000-000 - TERESINA 64028-650 ROT: 7.001.18.23.339700

DADOS DA LEITURA	L.kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	7193	Atual: 09/02/2019
Anterior:	7069	Anterior: 09-01-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 12-03-2019
Consumo Medido:	124	Emissão: 07-02-2019
Consumo Faturado:	124	Apresentação: 09-02-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo: 31
Código de Irregularidade:		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1570110		1.1.1.1	128

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JAN/19 122	CONSUMO 124 A R\$ 0,889544 = 110,30
DEZ/18 118	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 9,28
NOV/18 149	
OUT/18 126	
SET/18 148	
AGO/18 143	
JUL/18 121	
JUN/18 121	
MAI/18 132	
ABR/18 122	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 124 - 0,623660	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS	AVISO DE DEBITOS VENCIDOS
Mes/Ano Valor R\$	Informamos existirem debito(s) vencido(s) no valor de R\$
07/2013 37,92	*****37,92 (sem acrescimos legais) ate esta data. Caso o(s)
	debito(s) ja tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de
	atendimento da Eletrobras Distribuição Piauí com o(s) compro-
	vante(s) de pagamento.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO B7DA.B7B1.924D.403F.AE3D.27CB.4862.F0F0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 22,32	Base de Cálculo: 110,30
Energia: 43,13	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 7,30	Valor do ICMS: 24,26
Encargos: 4,60	Valor do PIS: 1,55
Tributos: 32,95	Valor do COFINS: 7,14

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC		PIC		DMIC		DMICU
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86
Realizado	0,00			0,00			0,00
Conjunta	TERESINA						Período de suspensão: 12/2019

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recibido em: 11/04/19



Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 11/07/2019 11:35:24

https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071111352358200000005380615

Número do documento: 19071111352358200000005380615

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

1117774

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.644.984 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/08/17

NOME EMANUEL DE FREITAS FARIAS

FILIAÇÃO MARIA ALVES DE FREITAS
LEITIN MOREIRA DE FARIAS

NATURALIDADE GOVERNADOR LUIZ ROCHA-MA DATA DE NASCIMENTO 06/04/1999

DOC ORIGEM CERT.NASC. 45708 L 64 F 14

CPF EXP SÃO DOMINGOS-MA 15/03/00
614.948.723-74

Assinatura do Titular

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

RECIBO DE RECEITA FEDERAL

Recetido em: 12/09/17

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 614.948.723-74

Nome EMANUEL DE FREITAS FARIAS

Nascimento 06/04/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE 702C.C82E.C2AE.2022

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

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

as 09:09:16 do dia 02/07/2013 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

CAIXA

POUPANÇA

6277 8016 8550 3470

VALIDA ATÉ 10/24

EMANUEL DE FREITAS FARIAS

1987 013 00097461-9

elo

SAC CAIXA 0600 726 4701 / Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 726 2432

ASSINATURA AUTORIZADA

Esta carteira é pessoal e intransferível

Atendimento Especializado para Pessoas com Deficiência (Pessoas com Deficiência e Pessoas com Deficiência)

CAIXA.gov.br



RECEBIDA CORRETORA DE SEGUROS
Assinado em: 11/07/2019
[Handwritten signature]



Buscar no site

A
COMPANHIA

SEGURO
DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)

CENTRO DE DADOS E
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
é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190271430 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EMANUEL DE FREITAS FARIAS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS EIRELI - ME

BENEFICIÁRIO EMANUEL DE FREITAS FARIAS

CPF/CNPJ: 61494872374

Posição em 23-06-2019 09:08:56

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/04/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/05/2019	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/gkQFLSb1yknIkiBgB9aFsA==/5I6Fapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8QYGLUjVqxsGVyOHAasy1EVY=)
13/04/2019	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/AwB3RokWmK9Nku1CjAlZgw=api_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8QYGLUjVqxsGVyOHAasy1EVY=)



Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 11/07/2019 11:35:25

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071111352465700000005380624>

Número do documento: 19071111352465700000005380624

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: 190271430	CPF da vítima: 614.948.723-74	Nome completo da vítima: Emanuel de Freitas Farias
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Emanuel de Freitas Farias		
Profissão: Recuso	Endereço: R. A. Barbosa	CPF: 614.948.723-74
Bairro: B. Urbano	Cidade: Teresina	Número: 2024
E-mail:	Estado: PI	Complemento: Casa
	CEP: 64000-000	Tel.(DDD): (86) 98821-4516

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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: **1987** CONTA: **97461** **9**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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. 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.

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 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.

Local e Data, **Teressina, 10/04/2019**

Nome: _____

CPF: **614.948.723-74**

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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





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



164 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001314/2019-06

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 09/04/2019 - 09:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA MARIA DE ARAUJO, Nº:

Complemento

PLANALTO SANTA FÉ

Data/Hora

20/11/2018 - 11:20

Bairro

SANTO ANTÔNIO

Ponto de Referência

IGREJA UNIVERSAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EMANUEL DE FREITAS FARIAS

RG: 4644984 PI

Mãe: MARIA ALVES DE FREITAS

Endereço: RUA ABAETUBA, Nº 2024

Bairro: SANTA FÉ

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 160 FAN ESDI, PLACA PIP-8598-PI, COR PRETA, RENAVAM 1067995754, PROP. DE WELLISSON RODRIGUES DE LIMA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 494677). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

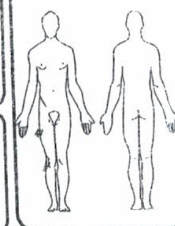
Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

EMANUEL DE FREITAS FARIAS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DOCUMENTO ORIGINAL
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 11/04/19



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 2811	02 Data do chamado 20/11/2018	03 PRO (código) 2900	04 Saída do PA 33:40	05 Chegada ao local 12:04
	06 Saída do local 12:22	07 Chegada ao 1º hospital 12:30	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Planalto Santo Fc. R. M. de Araújo SIN		12 Município-UF Teresina		
	11 Bairro	13 Ponto de referência Praça Siqueira Univera		Código IBGE	
Idade do Paciente	14 Nome Emanuel de Freitas Farias		15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado		
	16 Idade 49	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
	19 Víctima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta 5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 9- Ignorado	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta 5- Objeto fixo 6- Animal 7- Outra 9- Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 1- Espontânea 2- A voz 3- A dor 1- Nenhuma 2- Orientada 3- Palavras inapropriadas 4- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso 81 Resp. PA TAX. SatO2 94%		25 Local da lesão 
	26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais	27 Pulso 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 10	
Assistência	30 Fratura 1- Sim 2- Não 3- Suspeito		31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) 2- Aspiração 1- Prancha longa/curta 1- Imobilização de extremidades 2- Glicemia 2- Oxigênio 2- Colar cervical 2- Reanimação cardiopulmonar 2- Acesso Venoso 2- Curativos 2- Kred 2- Assistência obstétrica 2- Medicamentos a) b) c)		
	32 Hospital de Destino HUT		33 Condições de entrada 1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado		
Observações Interdisciplinar	34 Óbito 1- Sim 2- Não		35 Local da lesão		
	36 Observações Interdisciplinar Vítima de colisão com curto deslocamento e orientado, episódios de perda de consciência e fratura exposta de fêmur direito.				



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5405

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022

SUS SUS

Imp: 20/11/2018 12:38:54

(User: FREITAS)

(Estação: PRÉ-ATEND.)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EMANUEL DE FREITAS FARIAS		Prontuário: 494677	
Mãe: MARIA ALVES DE FREITAS		Pai: LEITIN MOREIRA DE FREITAS	
End. Resid.: RUA ABAETUBA N2024 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 06/04/1999	Idade: 19a7m14d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99972-4168
Responsável: MARCOS		CNS:	
Profissão: MECANICO		CPF: 614.948.723-74 * RG: -	
G. Instrução: Medio Incompleto		E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 694636	Data: 20/11/2018 12:38:54	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Trajetos?: Não	Tipico: Sim
CID Secundário: V299		

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de colisão moto-carro há 1 hora.
Consciente, orientado, sem sinais vitais alterados.
Exame físico: Frotura de fêmur direito

RAIO-X REALIZADO:
DATA: 20/11/2018
Técnico: [Assinatura]

FC: _____ bpm Temp.: _____
Pulso: _____
Pressão: _____ mmHg

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RT coxa direita

ACC

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3467 - TEO 11913

Retornar à Unid. Origem: _____
Transferência: _____

DATA SAÍDA: / / HORA: : :
Prof. Solicitante Internação: _____

DESTINO:
() Família () IML () Anat. Patol.
() Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs

OBITO: _____

Dr. Leonardo Lima
MÉDICO
CRM-PI 6875

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



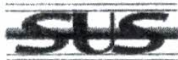
Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 11/07/2019 11:35:28

https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071111352547700000005380735

Número do documento: 19071111352547700000005380735

Num. 5618358 - Pág. 3





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 227396
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EMANUEL DE FREITAS FARIAS			6 - Prontuário: 494677
7-CNS:	8-Nascimento: 06/04/1999	9-Sexo: Masculino	CPF: 614.948.723-74
11-Mãe: MARIA ALVES DE FREITAS			12-Fone: 86-99972-4168
13-Resp: MARCOS			14-Fone: 86-99972-4168
5-Endere: RUA ABAETUBA N2024 - CONJ. SANTA FE - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408050519		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR	
31-Cod.Procedi- mento Especial		32 - Descrição do Procedimento Especial:	Quant. Soli- cidada:
0702030406		FIXADOR EXTERNO LINEAR	1
Fornecedor da OPM: PIMMES			

33-Profissional Responsável: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	40-Tp. Documento: CPF	
34-Data Solicitação: 20/11/2018	40-No.Doc. Méd. Solic.: 004.798.243-80	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Justificativa da solicitação: fratura de fêmur

AUTORIZAÇÃO

46-Nome do Profissional Autorizador: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	47-Data Autorização: 20/11/2018	48-CNS/CPF: 004.798.243-80
49-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50-Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria Marcondes Martins S. Moura	51-Data Autorização: 20/11/2018	52-CNS/CPF: 1752639547444
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

RECEBIDA COORDENADORIA DE SERVIÇOS
Recebido em: **20/11/2018**





PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda

**ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUMNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.**

Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458

CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí

C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Emanuel de Freitas Farias

Nº AIH: 227396

Nº do Prontuário: 494677 Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 0408050519

Indicador de Compatibilidade: 0702030406

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Raul

CRM Nº CPF Nº

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 20/11/18 DATA DA ALTA: / /

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
ex. 41	01 fixador externo linear
	04 Schanz
	04 conectores
	02 hastes de 100cm

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 20 de novembro de 2018

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Nome: Amazilia





SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

CANCEL

DATA/HORA

CÓDIGO

27

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO

QUANT.

HORARIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES


Cirurgião Geral
CRM 201





UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO 1 - DIC 1

NOME DO PACIENTE		PROFISSIONAL	DATA NASC	IDADE	CUNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MANUEL DE FREITAS FARIAS		494677	06/04/1999	19	Ortopedia	232/extra1		
DATA/HORA CODIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
25/11/18	FRAT. EXP. FEMUR D						paciente na 10 do HUTD (perna) - 16:30:14 - TAX = 36, PA = 120/90 mmHg -	
1	Dieta oral livre							
2	Jeito salinizado							
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
8	Gentamicina 240mg _ + 100ml de SF 0,9% EV 1x/dia							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
Assinatura de Hemocultivo 300ml EV lento								
Dr. Yuri Jivago Felix Ortopedia/Traumatologia CRM 3415-TEO 11029								
Dr. Ricardo S. Valença Ortopedia e Traumatologia CRM 3766-TEO 11305								
Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 3367								



MÉDICO ASSISTENTE

OBSERVAÇÕES

31: 3116

Kaíline Raquel da Silva RODRIGUES - TE

COREN-PT 8102

11-01-1961

rec. de Enfermidade
COE-NU-PI-81011

1

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 101–108

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

Num. 5618358 - Pág. 10



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	
MANUEL DE FREITAS FARIAS		494677	06/04/1999	19	Ortopédica	232/extra1			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA					HORÁRIOS			OBSERVAÇÕES
21:20/11/2018	FRAT. EXP. FEMUR D								
23/11/18	<i>Assumido cirurgia</i>								
1	Dieta oral livre								
2	Jelco salinizado								
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs								
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs								
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN								
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N								
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h								
8	Gentamicina 240mg _ + 100ml de SF 0,9% EV 1x/dia								
9	Cuidados gerais e sinais vitais								
<i>Dr. Yuri Jivago Félix</i> Ortopedista/Traumatologista CRM 3415-7 / CRM 13637									
<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> Ortopedia e Traumatologia / CRM 3766-7 / CRM 11305									
<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> Ortopedia e Traumatologia / CRM 367									
<i>Dr. Jordano Cronembregger</i> Ortopedia e Traumatologia / CRM 2308									



IDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOS

IF NCA

PRESCRIÇÃO R. L. L. L.

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
EMANUEL DE FREITAS FARIAS		494677	06/04/1999	19	Ortopédica	232/	extra1	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
D: 20/11/2018	FRAT. EXP. FEMUR D						OBS. Medição negativa na FO e aflixão da fixação do UTI D	
22/11/18	Ediana Nogueira NUTRICIONISTA						"na Região do Sudoeste", 18 de dezembro de 2018, 91011	
1	Dieta oral livre							
2	Jeico salinizado							
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
7	Zikoflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
8	Gentamicina 240mg_ + 100ml de SF 0,9% EV 1x/dia							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
Dr. Gloriano Correntinher / Dr. Turjwago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Passos Filho								
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM/3415-TCO/10029 / CRM/2308 / CRM/3766-TCO/11305 / CRM/3367								



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HISTÓRIA DE DOENÇAS

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
EMANUEL DE FREITAS FARIAS		494677	06/04/1999	19	Ortopédica	232/extra1		
DATA/HORA CODIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DI: 20/11/2018	FRAT. EXP. FEMUR D							
21/11/18								
1	Dieta oral livre	✓						
2	Jeico salinizado							
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
7	Keftin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
8	Gentamicina 240mg _ + 100ml de SF 0,9% EV 1x/dia							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
10	10- Aguardo melhora do FO.							
Dr. Vinícius Faria Ortopedista Traumatologista CRM-PI 27108 / CRM-AM 3837								
Dr. Jordano Grombreyer / Dr. Yuri Vago Felix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM-AM 15103 / CRM-PI 2308 / CRM-PI 366-TEO-11305 / CRM-AM 3837								



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

Renato de Freitas Franco IDADE _____ anos DATA 20/11 /2018
 DE ADMISSÃO 16 hs 37 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

RGIA REALIZADA Fratura de fêmur CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>88 / 67</u>	<u>115 x 60</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>99</u>	<u>95</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>96%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME / MATRÍCULA	<u>Solimine</u>	

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
C. CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL	<u>09</u>			
Assinatura	<u>Maria Jorgetma de Oliveira</u>			
Enfermeira	<u>Enfermeira</u>			
COREN-PI	<u>484.162</u>			

ONDA VESICAL	() DRENO DE SUCCÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
hs _____ mL _____	hs _____ mL _____	hs _____ mL _____	hs _____ mL _____		
hs _____ mL _____	hs _____ mL _____	hs _____ mL _____	hs _____ mL _____		

EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em POI de
fratura de fêmur; rx que mostra: consolidação; ar ambiente.

Maria Jorgetma de Oliveira
 Enfermeira
 COREN-PI 484.162

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

17:30
17:30
 HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED. INT. [] NEU [] CIR [] MÉD



Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 11/07/2019 11:35:28

https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071111352547700000005380735

Número do documento: 19071111352547700000005380735

Num. 5618358 - Pág. 14

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 151512

AIH: 2218101859260



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

898003015195753

NOME DO PACIENTE

EMANUEL DE FREITAS FARIAS

NASCIMENTO

06/04/1999

SEXO

M

PRONTUÁRIO

194677

DOCUMENTO CPF

8695175103

NOME DA MÃE

MARIA ALVES DE FREITAS

RESPONSÁVEL

MARCOS

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

2024

BAIRRO

SANTA FE

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EX FISICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

20/11/2018

RAUL RUBEN DE MACEDO NETO

CPF: 0047824389

CRM:

DATA ADMISSÃO

20/11/2018 12:38

DATA ALTA

27/11/2018 15:23

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

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))

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA

CPF: 07939400363

CRM

DATA ANALISE: 20/11/2018 16:18:43

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

11/12/2018 09:



Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 11/07/2019 11:35:28

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071111352547700000005380735>

Número do documento: 19071111352547700000005380735

Num. 5618358 - Pág. 15

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20/11/18

NOME DO PACIENTE: <u>Emanuel de Freitas Franco</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>494677</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Raul</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Nilson</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Viana</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <u>2h</u>	UNID.	<u>03</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>7.5</u> / <u>18.0</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>6.5</u>	PAR	<u>01</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>02</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>20</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>200</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>500</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>05</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>04</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO <u>500</u>	FRASCO		
GASES	PAC.	<u>08</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>eletrodo</u>	und	<u>01</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Cateter Oculor</u>	und	<u>01</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>escova</u>	und	<u>04</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>crepom</u>	und	<u>03</u>	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2.0</u>	und	<u>02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA <u>polipne</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>crisiane</u>			
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 11/07/2019 11:35:28

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071111352547700000005380735>

Número do documento: 19071111352547700000005380735

Num. 5618358 - Pág. 16

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Evanilson Farias			Ortopédica	232 - EXT 1		
DATA/HORA CODIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
20/11/18						00:30h. Paciente admitida na deveio ortopédica por venien te do c.c. em PSI de urg
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTESICO					Fix. externa fêmur D.
2	SFO, 9% 1000 ML EV 14 GTS/MIN					
3	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
4	GENTAMICINA 240mg EV 1X/DIA					
5	RANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 8/8H					
6	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
7	TIETIL 2G - 1 AMP + AD EV 12/12h					
8	TRAMMAL 100 1 AMP + 100 ML SFO, 9% 8/8hs EV SOS					
9	PLASIL 10mg EV 8/8h S/N					
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS					

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
Emmanuel de Brito Junior		PULSO 94		RESPIRAÇÃO	
DATA: 20/11/18	ARTERIAL 130/80	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	HEMATOCRITOS	HEMOGLOBINEMIA	GLICEMIA	ALTURA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	
SISTEMA DIGESTIVO				BRONQUITE	
ESTADO MENTAL				SISTEMA URINÁRIO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO				CORTICOIDES	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				ATARAXICOS	
15.45 16.45				OUTROS	
APLICADO AS				EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES	
1 2 3		5 Litros		1) AVP - 200mg	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500		2) monitorização	
		SANGUE 300		3) PLML 3g	
		OUTROS 100		Neww 15mg	
TEMPERATURA		38		Dose 50mg	
P. ARTERIAL		94/60		02 100% - 5 Lit	
V. O		98/60		4) Cefazolin 2g	
PULSO		99/60		Ental 10mg IV	
INÍCIO E FIM ANESTESIA		X		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		X			
RESPIRAÇÃO		O			
SÍMBOLOS				DURAÇÃO	
TÉCNICAS		Pacui anestesia: Plm 3g, LCR 1g		INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES		Tm. Cúmpio 1m 17.00 - 18.00		Fido, oquid 2.5g.	
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS		Nelson			
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	

MOD 76 - HUT



Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 11/07/2019 11:35:28

https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071111352547700000005380735

Número do documento: 19071111352547700000005380735

Num. 5618358 - Pág. 18



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente			Emanuel de Freitas França		
Diagnóstico pré-operatório			pn. Ovario hister (D)		
Operação - Tipo			hine 1 H E		
Cirurgião		1º Assistente			
Dr. Paul					
2º Assistente		3º Assistente			
Instrumentador(a)		Anestesista		Anestesia	
Diana		Dr. Nilson		Raque	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. (h) suco (h) hister
(h) hister / pubes e / hister
(h) hister / pubes e / hister
(h) hister / pubes e / hister
(h) hister / pubes e / hister
(h) hister / pubes e / hister



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: **EMANUEL DE FREITAS FARIAS** (Prontuário: 494677)
Endereço: RUA ABAETUBA N204 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/04/1999 Idade: 19a9m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694636
Requisição: 893700 Solicitação: 20/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1108373 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 20/11/20

COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura transversa completa recente desalinhada na diáfise femoral.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 21/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Assinatura







DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.segula.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre tarifas, ações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Wellisson Rodrigues de Lima
RG nº 3.243.667, data de expedição 23/09/08
Órgão _____, portador do CPF nº 05047910369
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sociedade Residencial Herbat de Sousa, nº 01307
complemento Res. Betinho, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Emanuel De Freitas Farias, cujo o condutor era
Emanuel De Freitas Farias
Veículo: Moto Modelo: Fom 160 Ano: 2016
Placa: PEP 8598 Chassi: 9C2KC2200GR007702
Data do Acidente: 20/11/2018

MEDIDA CORRETORA DE SEGURANÇA

Recetido em: 11/09/19

Local e Data: Teresina 27 Março 2019

5º Ofício

Wellisson Rodrigues de Lima

Assinatura do Declarante

Emanuel de Freitas Farias

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO
DJALMA VELOSO

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelã
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: WELLISSON RODRIGUES DE LIMA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE, TERESINA-PI, 27/03/2019. Emol.: R\$ 0,77 FIMP: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 Selo: ABP 56890 (F5689136)

ÍARA LUCAS MENDES LEAL - ESCRIVENTE AUTORIZADA



CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Teresina-Piauí - (86) 3221-6665
Maria Luiza Moreira Tajra Melo
Tabelã Interina

5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
ÍARA LUCAS MENDES LEAL
Compromissada
Teresina-Piauí



