



Número: **0800006-42.2020.8.18.0051**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Fronteiras**

Última distribuição : **13/01/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>AFONSO LUIZ DE CARVALHO (AUTOR)</b>	<b>JOSE KENEY PAES DE ARRUDA FILHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
78467 22	13/01/2020 16:13	<a href="#"><u>Petição Inicial</u></a>	Petição Inicial
78467 24	13/01/2020 16:13	<a href="#"><u>2 - Procuração - Declaração - Contrato Adv.</u></a>	Procuração
78467 26	13/01/2020 16:13	<a href="#"><u>3 - Documentos Pessoais</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
78467 28	13/01/2020 16:13	<a href="#"><u>4 - Comprovante de Residência</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
78467 30	13/01/2020 16:13	<a href="#"><u>4.1 - Declaração de Residência</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
78467 31	13/01/2020 16:13	<a href="#"><u>5 - Termo de Compromisso</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
78467 32	13/01/2020 16:13	<a href="#"><u>6 - Documentos Hospitalares</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
78467 33	13/01/2020 16:13	<a href="#"><u>6.1 - Documentos Hospitalares</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
78467 36	13/01/2020 16:13	<a href="#"><u>6.2 - Documentos Hospitalares</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
78467 35	13/01/2020 16:13	<a href="#"><u>7 - Boletim de Ocorrência</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
78467 37	13/01/2020 16:13	<a href="#"><u>8.1 - Documentos Pessoais (Proprietária do Veículo)</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Petição em PDF.



Assinado eletronicamente por: JOSE KENEY PAES DE ARRUDA FILHO - 13/01/2020 16:10:50  
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011317105041400000007498239>  
Número do documento: 20011317105041400000007498239

Num. 7846722 - Pág. 1



— A D V O C A C I A —  
**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"**

**OUTORGANTE (s):**

**AFONSO LUIZ DE CARVALHO**, brasileiro, casado, agricultor, inscrito no RG sob o nº 5.045.456, inscrito no CPF sob o nº 005.025.843-51, residente e domiciliada na Localidade Faxeiro, s/n, Zona Rural, Alegrete do Piauí – PI, CEP: 64.675-000

**OUTORGADO:**

**JOSÉ KENEY PAES DE ARRUDA FILHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 34.626 e OAB/PI 17.587, estabelecido profissionalmente na Rua Paulo Vinicius Batista, nº 39, Araripina, Pernambuco, CEP: 56.280-000.

**PODERES:** O (a) (s) outorgante(s) confere(m) ao outorgado amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, para o foro em geral, com a cláusula "ad Judicia et extra", para representá-lo em repartições Públicas Federais e Estaduais, administrativas, autarquias e especialmente perante o INSS – Instituto Nacional de Seguro Social, para tratar de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistência, obter vistas em procedimento administrativo, conferindo-lhes ainda poderes para, em qualquer juízo sendo administrativo ou judicial, Instância ou Tribunal, propor ação revisional e/ou concessão de benefício, segundo-a até o final, inclusive com poderes especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer poderes, nomear preposto, renunciar a quaisquer valores da causa que excedam o teto dos Juizados Especiais Federais, tudo em consonância com a Súmula 17 da Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência dos Juizados Especiais Federais, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações/notificações, receber qualquer valor e dar quitação, inclusive alvará, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais, Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, bem como instituições bancárias, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, firmar declaração de pobreza, segundo a lei nº 1.060/50. Em fim, utilizando dos recursos legais e acompanhando-os, sendo expressamente autorizados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, levantar valores existentes em contas judiciais, precatórios, RPV deduzindo e compensando os seus créditos por despesa de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente, autorizado o substabelecimento total ou parcial a outrem.

**DECLARAÇÃO:** O (a)(s) outorgante(s) DECLARA(M), para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seu advogado o outorgado acima nomeado, nos termos do § 4º do artigo 5º, da lei 1.060 de 1950.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS**

Fica desde já estabelecido o contrato entre as partes, que será retido o percentual de **30% (trinta por cento)**, do valor total da condenação, isento de desconto de INSS ou Imposto de Renda, caso venha incidir, conforme autorização condida na Resolução da OAB, e em caso de execução final, e por eventual acordo, se compromete o contratante apenas poderá ser realizado na presença do advogado, dependendo de sua anuência para que seja válido. Na mesma oportunidade, fica desde já autorizado pelo (a) Outorgante (s) a retenção do percentual acima, para fins de pagamentos de honorários advocatícios contratuais, devendo este juízo expedir o respectivo alvará em nome do Outorgado.

*Araripina, 13. Janeiro. 2020.*

*XAFONSO LUIZ DE CARVALHO*

**OUTORGANTE**

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





DEZEMBRO/2019		01/12/2019		17		2019	
LUIZ JOSE DE CARVALHO LC FAXILO S/N - B-RURAL CPF: 000/3333677334 CEP: 64.625.000	ALEGRETE DO PIAUI	ROT: 221.767-18-84-227100	DATAS DA LEITURA				
<b>DADOS DA LEITURA</b>	<b>kWh</b>	Atual: 1986	Atual: 24/12/2019				
Anterior: 1912		Anterior: 25/11/2019					
Constante de Multiplicação: 1.000		Próxima Leitura: 25/01/2020					
Consumo Medido: 74		Emissão: 23/12/2019					
Consumo Faturado: 74	FCAM*	Apresentação: 24/12/2019					
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 29					
<b>DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>							
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses		
RESIDENCIAL	MONO	AZ013907	1.1.1.1	71			
<b>HISTÓRICO kWh</b>							
Mês/ano consumo							
NOV/19	99	CONSUMO 74 A R\$ 0,425		62,70			
OUT/19	79	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO)		2,24			
SET/19	66	CORRECAO MONETARIA IG 11/19		0,02			
AGO/19	74	HOLTA POR ATRASO 11/19 00		2,53			
JUL/19	66	PARCELAMENTO DE DEBITO 7/12		36,94			
JUN/19	75	JUROS POR ATRASO 11/19-00		0,04			
MAR/19	64	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,32				
FEV/19	66	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	0,52				
Total de Tributos:		74	6.620,12				

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PRAZO VENCIMENTO 15 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 23/12/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO	135 A 8.281,6381-0001	1200-6211-437E-62E6	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
<b>COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$</b>			
Distribuição:	13,72	Base de Cálculo:	62,70
Energia:	26,50	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,48	Valor do ICMS:	13,79





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, AFONSO LUIZ DE CARVALHO, brasileiro, casado, agricultor, inscrito no RG sob o nº 5.045.456, inscrito no CPF sob o nº 005.025.843-51, residente e domiciliada na Localidade Faxeiro, s/n, Zona Rural, Alegrete do Piauí – PI, CEP: 64.675-000

Por ser verdade, data e assino o presente documento, declarando estar ciente de que responderei criminalmente em caso de falsidade das informações aqui prestadas.

Fronteiras, 13 de Janeiro de 2019.

AFONSO LUIZ DE CARVALHO

CPF/MF Nº





**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, Afonso Luiz de Carvalho inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 005.025.843-51, comprometo-me neste ato de **NÃO** ter outorgado e nem irei outorgar procuração para o mesmo fim a outro profissional. Afirmo **NÃO** ter ajuizado demanda judicial ou qualquer outro tipo com o mesmo objeto de ação, na comarca de meu domicílio ou em quaisquer outras comarcas do País, inclusive na capital do Estado, sob pena de arcar com o pagamento de penalidades previstas em lei, além dos honorários contratados em sua integralidade.

Afirmo ainda, que todas as informações fornecidas e contidas na peça exordial, bem como toda documentação acostadas (cópias de CPF, RG, Comprovante de residência, dentre outros documentos necessários) são verdadeiras, e fornecidos com finalidade exclusiva para mover processo judicial ou atuar em qualquer ato para o bom e fiel desempenho do mandato.

Por fim, afirmo que a **PROCURAÇÃO** e o **CONTRATO DE HONORÁRIOS** firmados com o advogado **JOSÉ KENEY PAES DE ARRUDA FILHO** – OAB/PE 34.626 e OAB/PI 17.587, é expressão verdadeira de minha livre e espontânea vontade.

Aracaju, 13 de Janeiro de 2020.

AFONSO LUIZ DE CARVALHO  
Compromissário  
(Outorgante da Procuração / Contratante)





**FEPISERH**  
Fundação Estadual Piauiense  
de Serviços Hospitalares



Sistema  
Único de  
Sáude



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que Agenor Louz Carneiro  
esteve neste hospital dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ das \_\_\_\_\_ : às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ horas:

- Acompanhante familiar.
- Para Atendimento sem afastamento.
- Para atendimento, devendo permanecer em repouso hoje.
- Para atendimento devendo permanecer afastado por 60 dias, a partir desta data.
- Deve retornar para consulta em: \_\_\_\_\_

Diagnóstico /C.I.D: S 20.2

Picos-PI 06 de outubro 2019

Médico (Assinatura e carimbo)

Paciente(assintura)



Paciente:

AFONSO LUIZ DE CARVALHO

Idade:

43,3 Ano(s)

Médico:

Nº do Exame:

260522

Convênio:

Particular

Data:

19/11/2019

**Raio - X - COSTELAS**

**Laudo**

- A radiografia digital mostrou:

- Fratura no 5º, 6º e 7º arcos costais anterior direito.
- Imagem nodular ovalada medindo 1,2 x 0,6 cm na região parahilar do pulmão direito.
- Mediastino sem alterações.
- Sugerimos TC do tórax.

DRA. LARISSA MACÊDO SOARES  
CRM - 3930/PI

DR. WALTER PEREIRA SOARES  
CRM - 517/PI





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ  
PRAÇA ANTENOR NEIVA,  
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391  
CNPJ: 06.553.564/0102-81  
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

*Exame*  
**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P0684100

Registro: 14329

Data: 27/09/2019

Hora: 14:04:00

Funcionario: WILIAM

Tipo: CONSULTA

Senha 87

Sexo: FEMININO

SUS

**AFONSO LUIZ DE CARVALHO**

Nasc.: 01/08/1976 Idade: 43 A, 1 M, 26 D

Profissão:

End.: CENTRAL, 0 -

Bairro: CENTRO

IBGE: 2200277 Cor: PARDA

Mãe: EDELTRUDES JORCINA PEREIRA

Telefone: (89) 9814-08782

Celular: ( ) -

CPF: 005.025.843-51 - RG: 5.045.456 - SUS: 160424576250007

Civil: CASADO(A) CEP: 64675-000

Cidade: ALEGRETE DO PIAUÍ/PI

Pai: LUIZ JOSE DE CARVALHO

Clinica: **ACOLHIMENTO**

Documento: 527837 - BEATRIZ SANTOS RODRIGUES

Responsavel: AFONSO LUIZ DE CARVALHO - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 110x60 mmHg

**Procedimentos**

27/09/2019 14:04 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sem

Vermelho - Emergência

Amarelo - Urgente

Verde - Pouco Urgente

Azul - Não Urgente

**Queixa principal:** DOR ABDOMINAL *retrosternal de origem indeterminada, intensa e constante, com rigidez local + sede excessiva. Anago alergia mediamente.*

**Exame clinico/fisico:**

*retrosternal de origem indeterminada*

**Diagnóstico provável:**

*motociclista, referindo dor abdominal, toracico e no ombro esquerdo*

**Medicação:**

*OS. SF 197. 500 - 1000*

*02. Paracetamol 500 mg*

NOTIFICAR?

**Procedimentos/exames realizados:**

**Ass. Técnico**

*03 - Solicite TC de torax*

*TC de Abdome*

*Rx do ombro direito*

*04. Soluto av. da curvex esq*

*Dr. Italo Adilson Barros Leal*  
Médico CRM-PI 5498

*Beatriz Santos Rodrigues*  
Enfermeira  
COREN-PI 527.837

*& Rosangela da Cunha Lima Paiva*





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES

4009622

4 - CNES

4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

AFONSO LUIZ DE CARVALHO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

14329

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

160424576250007

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/08/1976

9 - SEXO

Masc.

Fem.

2

03

10 - NOME DA MÃE

EDELTRUDES JORCINA PEREIRA

11 - TELEFONE DE CONTATO

AR

( ) -

12 - ENDEREÇO

CENTRAL, 0 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ALEGRETE DO PIAUÍ

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2200277

15 - UF

PI

16 - CEP

64675-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Preconceito vindo as pessoas de outras cidades  
causando os de pessoas e os de pessoas  
na expectativa de teste. Teste  
pessoas - pessoas normais e pessoas

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Problema de sangramento

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

Problema de sangramento

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Problema de sangramento

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDARIO

23 - CAUSAS ASSOC.

RO7.4

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Problema de sangramento

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

03080400-15

26 - CLÍNICA

Clínica

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

4000000

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

275 391 473-04

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Francisco José Pereira

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/09/19

32 - ASS. E CARIMBO (N° DO

FRANCISCO JOSÉ PEREIRA

CLÍNICA MÉDICA

03080400-15

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

M220800001

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CODIMENTO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

## REQUISIÇÃO DE PARECER

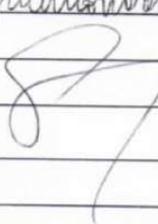
Nome <i>Afonso Luz de Carvalho</i>	Nº do Prontuário	
Médico Consultante	Unidade	
Médico Especialista	Enf/Aptº	Leito <i>SPA</i>
Motivo da Consulta (Indicar e Enumerar os Principais Sintomas de Enfermo)		
<p><i>Pt vítima de acidente motociclistico com dor abdominal intensa ABDOME distendido e doloroso a palpação sobre o TC do ABDOME</i></p>		
<p><u>27/09/19</u> Data</p>		<p><i>Dr. Italo Adilson Barros Leal</i> Médico Ass. Médico Consultante</p>
Parecer <i>Mão no Abdômen livre no cinturão abdominal. Hemato-megassico clínica que contém feudo adiposo.</i>	<p><i>an 911</i></p>	
<p><i>Hospital Regional Justino Luz CARTA FIRMADA NO ORIGINAL Ass. Médico Consultante</i></p>		
<p><u>  /  /</u> Data</p>		Ass. Médico Consultante

DM/27



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

## REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome	Nº do Prontuário	
Afonso Luz de Connelly		
Médico Consultante	Unidade	
Médico Especialista	Enf/Aptº	Leito 503
Motivo da Consulta (Indicar e Enumerar os Principais Sintomas de Enfermo)		
Pct vitim de Acidente motociclistico com dor toracica intensa e dispneia Slick 1c da Kosak		
Data	Hospital Regional Justino Luz CONFERENCIA ORIGINAL 27/09/19	
Parecer	Fratura do 4º, 5º e 6º ossos costais à direita associada a pneumotórax e a expulsão subcutânea na ponte torácica que se estende para retrosterno e região cervical (hombro), disso, bronquiecostos dolorosos no lado superior direito. Ventilação pulmonar no lado superior direito.  em 9/11	
Data	Ass. Médico Consultante	

DM/27



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

03050400031 03050200019 03050200000 03050800014 03050800015

## **FICHA DE ATENDIMENTO DA FISIOTERAPIA**

PRONTUÁRIO: ALA: C

PACIENTE: Afonso Luiz de Carvalho ADM: 010 Nº LEITO: 2089 SEXO: M PESO: 60

DIAGNÓSTICO: Próstata格 FC: 75 FR: 30 PA: / NASC: /

HDA: Paciente vítima de acidente motorviário, foi encaminhado no hospital com dor torácica intensa e desmaiou, realizou exame com alterações de glicose sanguínea a 7%. No momento consultante, orientado a suspender a fármaca.

CONDUTA: Fisiologia Motiva e Respiratória Hospital Regional Justino Luz

Hospital Regional Justiniano Luz

GÖNNE EINE GÖNNE AUF ORIGINAL

Final D

ATAC 7

ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA: Elton S. Ribeiro

04.10.2019 0305020019 080205001-91 030204002-11	<b>AVALIAÇÃO</b> ECG: AO 4 RV 5 RM 6 Nível de Consciência Glasgow 25	Auscultação: AP: <input type="checkbox"/> Bilateral/simétrica <input type="checkbox"/> assimétrica
Padrão Respiratório / ritmo	<input type="checkbox"/> Apical <input type="checkbox"/> Diafragmático <input checked="" type="checkbox"/> Toracoabdominal <input type="checkbox"/> Paradoxal <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Bradpneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> TIC <input type="checkbox"/> Cianose	Oxigeno-terapia: <input checked="" type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> Venturi 40% SpO2 97      %FLUXO
	Mobilidade: <input checked="" type="checkbox"/> ativa <input type="checkbox"/> Passiva	Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Mióse <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/> Midriase
Conduita	0305020019 0305020019 Cinesioterapia: <input type="checkbox"/> AA <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P Tec. respiratória <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP <input checked="" type="checkbox"/> Exercícios Respiratórios Aspiração <input type="checkbox"/> VAS <input type="checkbox"/> TOT/TQT	RECURSOS FISIOTERAPEUTICOS Fisioterapia Motor e Respiratória









 Piauí  
GOVERNO DO ESTADO  
SAÚDE | Secretaria de Estado  
da Saúde / SESAPI



Hospital Regional



**FEPI SERH**  
Fundação Estatal Piauiense  
de Serviços Hospitalares



Sistema  
Único de  
Saúde

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI  
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ





## HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184-BOMBA, PICOS/PI  
Telefone: (89) 3422-1314 , FAX: (89) 3422-1314  
CNPJ: 06.553.564/0102-81, Email: HRJL@HRJL.PI.GOV.BR

Atendimento:	E0130430	INTERNADO	Coletado:	Data:
Paciente:	AFONSO LUIZ DE CARVALHO		Sexo:	FEMININO
Médico(a):	MANOEL ITALO PIMENTEL SANTOS LOPES		Idade:	43 A,1 M,26 D
Convênio:	SUS	Leito: C20/89 Enfermaria: 20	Impresso:	01/10/2019

### PCR QUALITATIVO

Material:SORO  
Método:IMUNOLOGICO

RESULTADO NAO REAGENTE

NEGATIVO

OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado: 01/10/2019 - 11:06:00  
Liberado: 01/10/2019 - 12:07:50

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE com o ORIGINAL  
Data: 01/10/2019  
Assinatura: [Signature]

Danielle Luseneide Silva Coelho  
FARMACÊUTICA-BIOQUÍMICA  
CRF-PI 877

0877-DANIELLE LUSENEIDE SILVA COELHO

Este laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 60) com revisão em lamina: Bioquímica (Bio 200)



Assinado eletronicamente por: JOSE KENEY PAES DE ARRUDA FILHO - 13/01/2020 16:10:55

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011317105467200000007498253>

Número do documento: 20011317105467200000007498253

Num. 7846736 - Pág. 1

**HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ**

PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184-BOMBA, PICOS/PI  
Telefone: (89) 3422-1314 , FAX: (89) 3422-1314  
CNPJ: 06.553.564/0102-81, Email: HRJL@HRJL.PI.GOV.BR

Atendimento: E0130430	INTERNADO	Coletado:	Data: 01/10/2019
Paciente: AFONSO LUIZ DE CARVALHO Médico(a): MANOEL ITALO PIMENTEL SANTOS LOPES Convênio: SUS	Leito: C20/89 Enfermaria: 20	Sexo: FEMININO Idade: 43 A,1 M,26 D Impresso: 01/10/2019	
<b>HEMOGRAMA</b>			
Material:SANGUE Método:			
<b>ERITROGRAMA</b>			
ERITRÓCITOS	3,41 milhões/mm <sup>3</sup>	4,5 a 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>	
HEMOGLOBINA	11,0 g%	12,0 a 17,5 g%	
HEMATÓCRITO	32,2 %	40 a 52 %	
VCM	94,43 u <sup>3</sup>	80 a 100 U <sup>3</sup>	
CHCM	32,26 pg	26 a 34 pg	
	34,16 %	31 a 36 %	
<b>OBSERVAÇÕES</b>			
<i>Hospital Regional Justino Luz</i> <i>CONFIRME CSM O ORIGINAL</i> <i>Data: 01/10/2019</i> <i>Assinatura</i>			
<b>LEUCOGRAMA</b>			
LEUCÓCITOS	10,500 mm <sup>3</sup>	4.500 a 11.000 /mm <sup>3</sup>	
MIELÓCITOS	00 %	0	
METAMIELÓCITOS	00 %	0	0 a 1 % Até 100 /mm <sup>3</sup>
BASTONETES	02 %	0,21	0 a 4 % Até 400 /mm <sup>3</sup>
SEGMENTADOS	68 %	7,14	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm <sup>3</sup>
BASÓFILOS	00 %	0	0 a 1 % Até 100 /mm <sup>3</sup>
EOSINÓFILOS	01 %	0,105	0 a 4 % 100 a 400 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS	22 %	2,31	20 a 40 % 900 a 4400 /mm <sup>3</sup>
MONÓCITOS	07 %	0,735	2 a 8 % 200 a 800 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS ATÍPICOS	00 %	0	
CATEGEM GERAL	100,00	100%	
PLAQUETAS	211,000 /mm <sup>3</sup>	150.000 a 400.000 / $\mu$ L	
<b>OBSERVAÇÕES</b>			
<b>OBSERVAÇÃO GERAL:</b>			
Coletado: 01/10/2019 - 11:06:00			
Liberado: 01/10/2019 - 11:47:11			
 <i>Danielle Luseneide Silva Coelho</i> <i>FARMACÊUTICA BIOQUÍMICA</i> <i>CRF-PI 877</i>			
0877-DANIELLE LUSENEIDE SILVA COELHO			
Este laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 60) com revisão em lamina: Bioquímica (Bio 200)			





**FEPISERH**  
Fundação Estadual Piauiense  
de Serviços Hospitalares



Sistema  
Único de  
Saúde

**HRJL**  
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

ça. Dr. Antenor Neiva, 184 - Fone: (89)3422-1314 /1610 CEP:64601-391 - Picos-PI  
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR -CCIH

**SOLICITAÇÃO DE ANTIÓTICOS**

ACIENTE: <i>Afonso Lamej de Corvalho</i>	ENFERMARIA: <i>220</i>	IDADE: <i>89</i>
PRONTUÁRIO:		
MÉDICO ASSITENTE: <i>Jose Ayrtor</i>		
ANTIBIÓTICO SOLICITADO (POSOLOGIA): <i>Levofloxacina - 1g. qd.</i>		
DURAÇÃO DO TRATAMENTO: <i>3 dias</i>		
JUSTIFICATIVA: <i>Diarreia e Dor</i>		
ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS:  <i>Hospital Regional Justino Luz CONFERE COM O ORIGINAL Data: 10/01/2020</i>	PERÍODO:	
FUNÇÃO RENAL NORMAL? FUNÇÃO HEPÁTICA NORMAL? REALIZOU CULTURA: RESULTADO:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ANTIBIOTIGRAMA SENSÍVEL A: RESISTENTE A:		
DATA: <i>03/10/19</i>	 Dr. José Ayrton Bezerra MÉDICO - CRM 0538 NPF 044.867.074-00 <b>MÉDICO CARIMBO</b>	
PARECER DA CCIH:		
DATA: <i>_____ / _____ / _____</i>	CCIH	
DATA: <i>_____ / _____ / _____</i>	CCIH	



Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - Fone: (89)3422-1314 /1610 CEP:64601-391 - Picos-PI  
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR -CCIH

### SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

PACIENTE: <i>Afonso huiz de cavalcante</i>		IDADE:
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:
MÉDICO ASSITENTE:		
ANTIBIÓTICO SOLICITADO (POSOLOGIA):		<i>ceftuax 1g 12/12h</i>
DURAÇÃO DO TRATAMENTO:		
JUSTIFICATIVA:		
ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS:		PERÍODO:
<i>Hospital Regional Justino Luz CONFERIDA COM O ORIGINAL Data: 01/09/2017 Fundação</i>		
FUNÇÃO RENAL NORMAL? FUNÇÃO HEPÁTICA NORMAL? REALIZOU CULTURA: RESULTADO:		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
ANTIBIOPRAGMA SENSÍVEL A: RESISTENTE A:		
DATA: <u>27/09/2017</u>		 José Ayres Pedreira Junior Ortopedia/Trumatologia CRM 3424 TEOT 11.97 CNPJ: 03.847.047/0001-53 MÉDICO CARIMBO
PARECER DA CCIH:		
DATA: _____ / _____ / _____		CCIH
DATA: _____ / _____ / _____		CCIH



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SAÚDE  
ASSEPLAN/ CENTRO DE INFORMAÇÕES A SAÚDE

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: <i>H MNSP</i>	Para: <i>HRSS</i>
Nome da pessoa encaminhada: <i>Afonso José de Carvalho</i>	Registro:
Motivo do encaminhamento: <i>Transtorno emocional</i>	
<i>Hospital Regional Justino Luz</i> CONFERIR COM O ORIGINAL Data: <i>01/01/2020</i> Encaminhado	
Observações:	
<i>22/09/19</i> Data	<i>Assinatura</i> Médico CRM: 943-PI CPF: 05831106272
Obs: Deve ser arquivado no Centro de Saúde, U. Mista e Hospital Local ou Regional.	





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

307 v. 1.1

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 146618.000447/2019-94

Unidade de Registro: 2º DP DE PICOS

Resp. pelo Registro: Bernardino Da Silva Neto

Data/Hora: 26/11/2019 - 12:12

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável DP DE FRONTEIRAS Data/Hora 27/09/2019 - 10:40  
Tipo Local VIA PÚBLICA  
Município FRONTEIRAS Bairro OUTROS - ZONA RURAL  
Endereço BR 230, PRÓXIMO AO MATADOURO PÚBLICO DE FRONTEIRAS PI, Nº:  
Complemento ZONA RURAL Ponto de Referência

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AFONSO LUIZ DE CARVALHO Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante  
RG: 5.045.456 SSP PI  
Mãe: EDELTRUDES JORCINA PEREIRA  
Pai: LUIZ JOSÉ DE CARVALHO  
Endereço: SÍTIO BOA VISTA, Nº  
Complemento: BOA VISTA  
Bairro: OUTROS - ZONA RURAL  
Cidade: ALEGRETE DO PIAUÍ  
Telefone(s): 89-8132-9771

### 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	BROS150	2012	OIQ3872	9C2KD0550CR550230	00452397090	Vermelha
Condutor:	AFONSO LUIZ DE CARVALHO					
RG:	5.045.456	Órgão:	SSP UF RG: PI			
End:	SÍTIO BOA VISTA	Número:	Complemento:	BOA VISTA		
Cidade:	ALEGRETE DO PIAUÍ	UF:	PI	Bairro:	OUTROS - ZONA RURAL	
Proprietário:	CIAMAR RAMOS DE SOUSA					
End:	CAMPOS SALES	Número:				
Cidade:	CAMPOS SALES	UF:	Bairro:			

### RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMPARCEU PRA COMUNICAR UM ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO EM DATA DE 27/09/2019, POR VOLTA DAS 10:40min, QUANDO O NOTICIANTE CONDUZIA A MOTOCICLETA JÁ ESPECIFICADA, PELA RODOVIA BR 230, NO SENTIDO POCOADO MANDACARU A FRONTEIRAS PI, PRÓXIMO A ESTA CIDADE FRONTEIRAS, MAIS PRECISAMENTE, NAS PROXIMIDADES DO MATADOURO PÚBLICO, MOMENTO EM QUE DUAS CARRETAS QUE TRAFEGAVAM NO SENTIDO CONTRÁRIO, QUE UMA DELAS INVADIU A MÃO DE DIREÇÃO EM QUE O MESMO TRAFEGAVA OBRIGANDO ESTE A SAIR FORA DA PISTA, PERDENDO O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E A SOFRER UMA QUEDA; QUE O NOTICIANTE AINDA CONSEGUIU SE LEVANTAR E PILOTAR ATÉ O HOSPITAL LOCAL DE FRONTEIRAS, DE ONDE FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL JUSTINO NA CIDADE DE PICOS PI, ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME FICHAS DE ATENDIMENTOS E LAUDOS MÉDICOS EM ANEXO. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Bernardino Da Silva Neto - Mat.  
AGENTE DE POL

AFONSO LUIZ DE CARVALHO - Noticiante  
Responsável pela Informação

de Ocorrência emitido em: 26/11/2019 11:12 - SisBO@2014-2019-ATI

Página 1/1



Assinado eletronicamente por: JOSE KENEY PAES DE ARRUDA FILHO - 13/01/2020 16:10:56  
https://tjpi.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011317105569500000007498252  
Número do documento: 20011317105569500000007498252

Num. 7846735 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: JOSE KENEY PAES DE ARRUDA FILHO - 13/01/2020 16:10:56  
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011317105638200000007498254>  
Número do documento: 20011317105638200000007498254

Num. 7846737 - Pág. 1