



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

Matrícula

851389-9

Hidrometro

A16F070634

Referência

OUT/2019

Nome/Razão Social/Endereço
MARIA DO SOCORRO S SILVA
RUA FREI IBIAPIANA, 41
CENTRO
PICO 6-1600046

AG- 152

Situação

Agua/Esgoto

3/3

Categorias de Uso

Res.

1

Com.

Ind.

Pub.

Inscrição

81 4 03 0121 0179-000

7/09/2019

29/10/2019

Quant. Consumida

32

Histórico de Consumo			
Mês/Ano	Consumo	Quota	Valor
04/19	122	17	24
05/19	139	17	24
06/19	156	17	24
07/19	172	16	24
08/19	188	16	24
09/19	80	0	0
10/19	87	7	0

Forma de Pagamento

PAGAMENTO P/ NINIM DA LIGACAO

Cód. Responsável

905428525

Código da Tarifa

01

Consumo Médio

16

Consum. Fio Água

10

Consum. Fio Esgoto

10

Consumo

7

Consumo Faturado

10

Cód. Nome do Serviço

ESGOTO

MULTA (IMPUNTUALIDADE 001/001

JUROS DE MORA 001/001

MANUTENCAO HIDROMETRO

Valor (R\$)

21,77

20,39

2,24

1,12

1,60

VENCIMENTO 07/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

56,72

CONFORME Lei Federal 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE AGUA CONFORME PORT. 2014/2011-MG

Parâmetros	Unidade	Clor	Cloro	Flu	Ferro	Cálcio	Eschrichio Col
Valor Máximo Permitido	mg/L	15	5,0	8,0 a 12,5	0,3	Até 100	Até 100
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio		3,09	2,60	7,09	0,00	0,00	0,00

CONCLUSÃO: PRESENTE A QUALIDADE DA AGUA. LANCAR AS RESERVAS DE AGUA.
AGESPISA NÃO VAI MAIS NANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECIBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL



Inscrição

81 4 03 0121 0179-000

AG- 152

Matrícula

851389-9

Referência

OUT/2019

VENCIMENTO 07/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

56,72

826300000000-5 56720001820-6 85138991020-5 19000000001-7





SUS Sistema Único de Saúde
Secretaria Mun. de Saúde de Picos-PI
Central de Marcação de Consultas e Exames

ESTE EXAME É PAGO PELO SUS.
É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

**GUIA DE SOLICITAÇÃO
PROCEDIMENTO CONSOLIDADO**

99032330
PSF-PICOS

São Vicente

CARIMBO DA SMS E / OU UNIDADE SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão Nacional de Saúde 71020618316191612191813		Nome do Paciente Jessica Elaine Santos Oliveira	
Endereço de Residência Rua Fátima S3000		Data Nasc. 31/05/1995	Idade 24
Bairro CENTRO		Município PICOS	Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
Estado PIAUÍ		Raça / Cor	
Código IBGE	CEP	Caráter Atend.	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	Qtde
	Consulta com Angiologista	

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Diagnóstico Amputação de M.D.	Cid 10
OBSERVAÇÃO: (Resultados de provas diagnósticas anteriores, Justificativa Clínica, etc.)	

DATA 23/10/2024	Carimbo/ Ass. Solicitante Dr. Lanyartine Rocha MÉDICO CRM-PI 4153	Realizado em:
--------------------	--	---------------

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito, 326 - Desempenha - Fica: 86 3216 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 04.562.917/0022-02

Prontuário:

525460

Internação:

249529

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA				
End. Resid.: RUA FREI IBIAPINO - SAO VICENTE				
Cidade: PICOS - PI CEP: 64600-002				
Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Feminino	31/05/1995	24a4m13d	Ignorado	ESTUDANTE
Admissão:	G. Instrução:	Fone:	Cartão SUS (CNS):	Procedência:
11/10/2019	Não informado	89-99460-0657	703003360061983	PICOS
Pai:			Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA	
Responsável: SOCORRO - AVO				
End. Responsável: RUA FREI IBIAPINO - SAO VICENTE				
PICOS - PI 64600-002				
Documento: RG: 3913631 - SSP PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):				
DOR MEMBROS INFERIORES				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clínica:
Data:	Hora:	Data:	Hora:	
11/10/2019	21:24	22/10/19	08:45	CENTRO CIRURGICO
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0408050012 - AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES				
CID 10: M872 - Osteonecrose devido a traumatismo anterior				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: Osteonecrose devido a traumatismo anterior				
CID 10: M872				
Tratamento Realizado: <i>aplicação de mela ferir direita em mal de cura com drenagem e curas. Outros sem aplicação.</i>				
Exames Realizados: <i>Hemograma, função renal e eletrolitos</i>				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

22/10/19

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Marcos Parente, Nº 641 – Centro, Picos – PI
Fone: (89) 3415-4252
E-mail: nasfpicos@gmail.com



REGISTRO Nº

FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Nome do Usuário do Serviço: Jessica Elaine Santos Oliveira
UBS: Belimbas Nunes II
Referência-NASF: 1B
Data: 23 / 10 / 2019 Turno: Tarde

REFERENCIADO POR:

- ☐ Médico
☒ Enfermeiro
☐ Odontólogo
☐ Equipe do NASF

Profissional: _____

Outros: _____

Assinatura e Carimbo do Profissional

Jonara Holanda de Moura
Enfermeira
CORE-PI 3488865

MOTIVO DO REFERENCIAMENTO:

ATENDIMENTO COM:

• Assistente Social

Fisioterapeuta
Fonoaudiólogo
Nutricionista
Psicólogo
Outros

MOTIVO DO REFERENCIAMENTO

CONTRARREFERÊNCIA

Usuária necessitando de orientações para aquisição de próteses e órteses, além de orientações para benefícios sociais.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Marcos Parente, Nº 641 – Centro, Picos – PI

Fone: (89) 3415-4252

E-mail: nasfpicos@gmail.com**REGISTRO Nº****FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA**Nome do Usuário do Serviço: Jessica Elaine Santos OliveiraUBS: Belém da Numa IIReferência-NASF: 1ºData: 23 / 10 / 2019Turno: Tarde**REFERENCIADO POR:**

- ☐ Médico
☒ Enfermeiro
☐ Odontólogo
☐ Equipe do NASF

Profissional: _____

Outros: _____

Assinatura e Carimbo do Profissional

Jonara Holanda de Moura
Enfermeira
COREN PI 395.547

MOTIVO DO REFERENCIAMENTO:**ATENDIMENTO COM:**

Assistente Social
Fisioterapeuta
Fonoaudiólogo
Nutricionista
Psicólogo
Outros

MOTIVO DO REFERENCIAMENTO**CONTRARREFERÊNCIA**

• Paciente necessitando de consulta psicológica em decorrência de amputação de membro inferior direito

**HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ**

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

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0681315

Data: 17/09/2019

Funcionário: CAROLINE

Registro: 708061

Hora: 16:31:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 121**SUS****JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA**

Nasc.: 31/05/1995 Idade: 24 A, 4 M, 17 D

End.: FREI IBIAPINO, 41 -

IBGE: 2208007 Cor: PARDA

Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA

Telefone: () -

Profissão: DOMESTICA

Bairro: CENTRO

Cidade: PICOS/PI

Pai: FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA

Celular: (89) 9942-3205

CPF: - RG: 3913631 - SUS: 702008369061983

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64600-000

Clínica: **ACOLHIMENTO**

Documento: 355436 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA

Responsável: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 120 X 70 mmHg

Procedimentos

17/09/2019 16:31 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

223505

☒ Sem ☐ Vermelho - Emergência ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: DOR NA PERNA INCHACO devido acidente ocorrido há 09 dias. Nega alergias
anteriormente.

Exame clínico/físico:

Tele:

Diagnóstico provável:**Medicação:**

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 27/10/2019

☐ NOTIFICAR?**Procedimentos/exames realizados:****Ass. Técnico**

Dr. V. L. M. - MRG	
Dr. C. M. J.	
Dr. J. M. J. - MRG	
Dr. J. M. J. - MRG	
Dr. J. M. J. - MRG	
Dr. J. M. J. - MRG	
Dr. J. M. J. - MRG	
Dr. J. M. J. - MRG	
Dr. J. M. J. - MRG	
Dr. J. M. J. - MRG	

Dr. J. M. J. - MRG
CRM-PI 6305

Dr. J. M. J. - MRG
CRM-PI 6305

Vivianny Cristina S. Brito
CRM-PI 478442 ENF

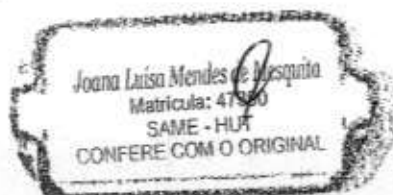
355436 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA



NOME DO PACIENTE: Jerica Elone Santos Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 525460

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



**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

E. Atunon

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

NHEO 9:40
14/10/19

Imp: 11/10/2019 21:53:59

(User: CICERO RIBEIRO)

(Estação: CONSULTORIO03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA		Prontuário: 525460
Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA	Pai:	
End.Resid.: RUA FREI IBIAPINO - SAO VICENTE - PICOS - PI - CEP: 64600-002		
Nascimento: 31/05/1995	Idade: 24a4m11d	Sexo: Feminino Fone: 89-99460-0657
Responsável: SOCORRO - AVO	CNS: 702008369061983	
Profissão: ESTUDANTE	Documento: RG: 3913631 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 746016	Entrada: 11/10/2019 21:24:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: ____ bpm	Pressão: ____ mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VEIO REGULADA PARA PARECER DA C. VASCULAR COM RELATO DE TECIDO NECRÓTICO EM PERNA DIREITA. TEVE ACIDENTE DE TRÂNSITO HÁ UM MÊS.
<i>Afericcia & Dipirona</i>
<i>Joana Laiza Mendes de Mesquita</i> Matrícula: 7393 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL

Diagnóstico Inicial: Abscesso cutâneo furunculo e antraz	CID: L02
--	--------------------

Exames Complementares:
(1332797) - HEMOGRAMA COMPLETO (1332798) - SÓDIO (1332799) - POTÁSSIO

Prescrição Médica:
DIETA ORAL ZERO SF A 0,9%, 500ML EV, 12/12 HORAS RANITIDINA 01AMP + AD., EV, 12/12 HORAS DIPIRONA - 02 ML + AD., EV, 6/6 H SE DOR OU FEBRE BROMOPRIDA 01AMP + AD., EV, 08/08 HORAS, SE NAÚSEAS E/OU VÔMITOS

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto) DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____

Jessica Rodrigues Pinheiro
Assinatura Paciente ou Responsável

JOSE CICERO GONCALVES RIBEIRO
CRM: 1880 - PI Em: 11/10/2019 21:53:58

**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

Imp: 11/10/2019 21:54:10

(CICERO RIBEIRO)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA		Prontuário: 525460	
Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA		Pai:	
End.Resid.: RUA FREI IBIAPINO - SAO VICENTE - PICOS - PI - CEP: 64600-002			
Nascimento: 31/05/1995	Idade: 24a4m11d	Sexo: Feminino	Fone: 89-99460-0657
Responsável: SOCORRO - AVO		CMS: 702008369061983	
Profissão: ESTUDANTE		Documento: RG: 3913631 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

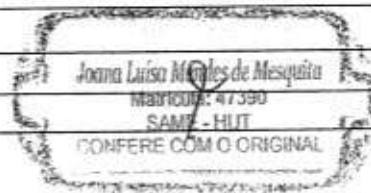
Código: 746016	Data: 11/10/2019 21:24:00	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 11/10/19	ESPECIALISTA: Q. CARVALHO
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Fratura extensa no fêmur e perna l. com lesão. Col: pelve e quadril. X 5.6. Início 07/10. A carga esperada, porém a lesão é extensa. - Suprimo toda mobilidade do colo e do fêmur e do fêmur da perna l. esquerda.	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



21/09/19
09H.

Pacifi. com prurito exte em sup em
uso de antihist e avalue o pto energia mantendo
de dorso de dorso.

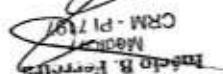
Seu queixos no momento


CRM - PI 1197

23/09/19

Pacifi. com prurito exte em sup em
uso de antihist e com queixa de dorso
livre no momento

D: P. para o dr. Luis


CRM - PI 1197

Oficial Regional de Justiça - Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 24/10


Informações Gerais

Paciente: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA - 702008369061983 - 31/05/1995 (24 anos), Picos, MA:
Class. Risco: Emergência

VISÃO GERAL

MUDANÇAS QUADRO CLÍNICO

Estab. Solicitante Hospital Regional Justino Luz (Picos/PI)
Médico Solicitante ACELISANGELA ALVES VIEIRA DE PADUA
Usuário Solicitante Usuário Padrão
Senha VISUALIZAR SENHA (/internacoes/139265/visualizar_senha)
Observação Solicitante
Observação Executante
Caráter Urgência
Tipo de Leito Cirurgia Vascular
CIDs Fasciite necrosante Gangrena gasosa
Procedimentos AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES
Descrição Clínica PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA 1 MES COM TRAUMA EXTENSO NA PERNA DIREITA, EVOLUIU COM FASCIITE NECROSANTE COM REALIZAÇÃO DE MULTIPLOS DESBRIDAMENTOS SEM SUCESSO, NO MOMENTO EM USO DE IMIPENEM E VANCO COM LEUCO DE 19 MIL, FEBRE. 10/10/2019 10:40 Piora paciente segue com grave processo necrotico, dores intensas, limpeza suportável apenas com uso de anestesia. necessita de regulação com urgência NECESSITA DE AVALIAÇÃO URGENTE DO VASCULAR PARA AVALIAR AMPUTAÇÃO PARA SALVAR VIDA.
Visualizar mudanças (/Internacoes/139265/mudanca)
Protocolo de Atendimento Pressão Sistólica: 130
Pressão Diastólica: 80
Saturação (%): 98
Frequência Cardíaca (bpm): 80
Frequência Respiratória (rpm): 14
Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 15
Assistência Ventilatória: nao_faz_uso
Observações

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
11/10/2019 09:08	Maria de Jesus Silva Araújo - Operador Internação - SESAPI	Excluída	Regulada Via C...
08/10/2019 18:10	Usuário Padrão	Fila de Espera	N-NEGADA na Regulação Municipal. Motivo: TRANSFERÊNCIA REJEITADA PELO ESTABELECIMENTO DE DESTINO EXECUTANTE (OUTROS). NÃO. HUT SEM CAPACIDADE OPERACIONAL NO MOMENTO
08/10/2019 17:17	Amanda Nogueira Dantas de Vasconcellos - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	Envio para a Regulação Municipal
07/10/2019 17:22	Acelisangela Alves Vieira de Pádua - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
07/10/2019 17:05	corpo medico hrjl - Estab: Hospital Regional Justino Luz	Pendente	

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME / HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Informações Gerais

Paciente: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA - 702008369061983 - 01/01/1996 (23 anos), Picos, Mãe:
Class. Risco: Muito urgente

VISÃO GERAL

Estab. Solicitante: Hospital Regional Justino Luz (Picos/PI)
Médico Solicitante: RAQUEL RUFINO GOMES LEAL
Usuário Solicitante: Usuário Padrão
Senha: VISUALIZAR SENHA (/internacoes/139265/visualizar_senha)

Observação Solicitante

Observação Executante

Caráter: Urgência

Tipo de Leito: Cirurgia Vascular

CIDs: Fascite necrosante Gangrena gasosa

Procedimentos: AMPUTACAO DESBRIDAMENTO DE MEMBROS INFERIORES

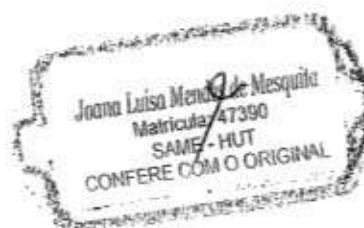
Descrição Clínica: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA 1 MES COM TRAUMA EXTENSO NA PERNA DIREITA, EVOLUIU COM FASCITE NECROSANTE COM REALIZAÇÃO DE MULTIPLOS DESBRIDAMENTOS SEM SUCESSO, NO MOMENTO EM USO DE IMIPENEM E VANCO COM LEUCO DE 19 MIL, FEBRE, NECESSITA DE AVALIAÇÃO URGENTE DO VASCULAR PARA AVALIAR AMPUTAÇÃO PARA SALVAR VIDA.
Visualizar mudanças (/internacoes/139265/mudanca)

Protocolo de Atendimento: Pressão Sistólica: 130
Pressão Diastólica: 80
Saturação (%): 98
Frequência Cardíaca (bpm): 80
Frequência Respiratória (rpm): 14
Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 15
Assistência Ventilatória: nao_faz_uso

Observações

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
07/10/2019 17:06	corpo medico hrjl - Estab: Hospital Regional Justino Luz	Pendente	



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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome	Nº do Prontuário	
JESSICA GLANG SANTOS OLIVEIRA	SPA	
Médico Consultante	Unidade	
Médico Especialista	Enf/Aptº	Leito

Motivo da Consulta (Indicar e Enumerar os Principais Sintomas de Enfermo)

Terido neurotico + secreção purulenta
U perde terido em MDS após
acidente traumático

Anal cirurgico p/ desbridamento

20/9/19

Data

Ass. Médico Consultante

Parecer

Paciente CI extensa lesão em
MDS CI pontos de necrose de
cruco. Grande area de tecido
de granulacao.

CD - Manter ATB

Curetores CI Olio barrent 7

Papaína

Procurar Desbridamento
em pequenos focos

João Luis Mendes de Mesquita
Métrica: 4720
SABE - HU
CONFERE COM O ORIGINAL

20/9/19



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



Ficha de Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome:	JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA	Prontuário:	525460	Local:	
Tipo Sanguíneo:	Fator RH:	Peso (Kg):	0,00	Altura (M):	0,00
		IMC (Kg/m ²):	0,00	Leito:	0,00

Consulta: 746016

Imp: 11/10/2019 21:54:03

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:	SINAIS VITAIS:								
			HORA:	T:	P:	R/SatO2:	PA:	Dor:	Glicemia	Diurese	
	DIETA ORAL ZERO										
	SF A 0,9%, 500ML EV, 12/12 HORAS										
	RANITIDINA 01AMP + AD., EV, 12/12 HORAS										
	DIFIRONA - 02 ML + AD., EV, 6/6 H SE DOR OU FEBRE ALGEBRICA										
	BROMOPRIDA 01AMP + AD, EV, 08/08 HORAS, SE NAUSEAS E/OU VÔMITOS										
	GLICEMIA CAPILAR 6/6 H										
	INSULINA REGULAR, SC, CONFORME ESQUEMA:										
	- < 200: ---										
	- 201-250: 2UI										
	- 251 -300: 4UI										
	- 301 -350: 6UI										
	- 351- 400: 8UI										
	- > 400: 10UI										
	GLICOSE A 50%, 04AMP + AD, EV, SE GC < 80MG/DL										
	CAPTOPRIL 25MG QICP, VO, SE PAS> 160E/OU PAD> 90MMHG										
	SSVV + CCGG										
	O2 ÚMIDO - 03 L/MIN SE SaO2 <= 92%										

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matr. 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

José Cícero Ribeiro
Médico
CRM-PI: 1830



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

251499

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	249456

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA			6 - Prontuário: 525460		
7-CNS: 702008369061983		8-Nascimento: 31/05/1995		9-Sexo: Feminino	RG: 3913631 - SSP PI
11-Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA					12-Fone: 89-99460-0657
3-Resp: SOCORRO - AVO					14-Cor: Sem Informação
15-Ender: RUA FREI IBIAPINO - SAO VICENTE - CEP: 64600-002					
16-Munic: PICOS		17-Cod. IBGE: 220800		18-UF: PI	19-CEP: 64600-002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Outras entesopatias do membro inferior, excluindo o pé

24-CID Prim:

M768

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:		Tempo SUS
0408050080 FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES		3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:	
	02 01 CPF 935.044.623-53	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:		34-Data Solicitação:
ROBERT EUDES NUNES DE SOUSA SEGUNDO		12/10/2019
		35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento:	49-Num. Documento:	
() CNS () CPF		50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (HERBERT ALENCAR) Consulta Local: 746016 Consulta SUS: 12/10/2019 11:05:00

SUMÁRIO DE ALTA



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

Prontuario:

525460

Internação:

249529

Nome: **JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA**

End. Resid.: RUA FREI IBIAPINO - SAO VICENTE

Cidade: PICOS - PI

CEP: 64600-002

Sexo:
Feminino

Nascimento:
31/05/1995

Idade:
24a4m13d

Estado Civil:
Ignorante

Profissão:
ESTUDANTE

Internação

Alta

Permanência

Data

Hora

Data

Hora

11/10/2019

21:24

21/10/2019

08:45

Diagnósticos: *Intoxicação devido a Trauma anterior*

CID Principal:

Intoxicação devido a Trauma anterior

Cod.CID:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

paciente vítima de acidente automobilístico batendo com trauma aberto na perna direita, machucado com ferida profunda com risco de múltiplas infecções por sucção.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Paciente recebeu amputação por ferida em pé direito. Evolução boa, sintomática sem febre, com condutas de alta da cirurgia.

MEDICAÇÕES:

João Luiz Menezes da Mota
Médico: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

CIRURGIA: Data: *18/10/2019* Tipo: *Dilatação cirúrgica na coxa direita.*
13/10/2019 amputação nível de coxa.

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Exame de pós-operatório, cirurgia vascular.

Tipo de Alta: () Curado (x) Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
() Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - POS - OPERATORIO - SRPA

NOME Yrica Blane Santos de Oliveira IDADE 18 anos DATA 13/10/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 42 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Amp. a nível de coxa D. CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>95/50 (65)</u>	<u>96/34</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>402</u>	<u>403</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Paula</u>	

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL				
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.				
() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe	
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			

EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM:

10:42h Admitida na RPA no PA de amputação a nível de coxa (D). Sob crits de segurança. Lúcido, orientado, físico. Respirando espontaneamente. Bom estado geral.

Joana Luiza Mendes Mesquita
 Matrícula: 47390
 SANE - IUT
 CONFERE COMO ORIGINAL

11:05h: Alerta, Espirando e Estável

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Raulo Hipólito B.T. Silva
 Médico Anestesiologista
 CRM 5053 / RQE 2968

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GF.SSU () IMAGENS E GAFÍCOS ()

NLE OK

POSTO: () 11 () 12 () 13 () EMERGÊNCIA PED. U.T. () PED () NEURO () GERAL () 14 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 31/10/19

NOME DO PACIENTE: <u>Jenica Elaine Santos</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>525460</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Carlos Gustavo</u>	Nº DA SALA: <u>08</u>
CIRURGIÃO: <u>Robert</u>	CPF Nº _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº _____
ANESTESIA: <u>Raque</u>	CPF Nº _____
INSTRUMENTADORA: <u>Viana</u>	CPF Nº _____

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUIT
CONFERE COM O ORIGINAL

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI n.º 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7,5 e 80</u>	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº _____	PAR	—	
AGULHA RAQUE	UNID.	03		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	30		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	04	
GASES	PAC. 12	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Cupom</u>		05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <u>Exonuas = 02</u> <u>Murin = 03</u> <u>Bisturi Eletrocoagulador = 02</u> <u>Oculos de Proteção = 01</u>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.	—						
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	—						
CAT. GUT. CROMADO C/AG.	—						
CAT. GUT. CROMADO S/AG.	—						
ALCOFIL n.º 0	02						
MONONYLON	—						
FITA UMBILICAL	—			ENFERMARIA:			
VICRYL	—			CIRCULANTE: <u>Vandinho</u>			
PROLENO	—						



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

FMS

Fundação Municipal
de Saúde

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	<u>Jessica Elaine Santos Oliveira</u>	PRONTUÁRIO	<u>525460</u>
DA CLÍNICA	<u>Clínica cirúrgica Porto 08 - Vascular</u>	LEITO	<u>30</u>
À CLÍNICA	<u>Psicologia</u>		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente de 34 anos vítima de acidente automobilístico com necessidade de amputação do membro (amputação de mão direita).
Necessidade de suporte psicológico para apoio.

DATA: 14/10/19

Rodrigo Ramos
Angélica e Cr. Vascular
ARM-PI 5546

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Realizado atendimento psicológico para a paciente.
No momento, consciente, orientada, calma, aberta
aos diálogos. Apresenta humor eufórico, após ade-
quado. Paciente apresenta boa adaptação e enfre-
ntamento da situação atual. Após apoio e con-
tato com a paciente e família.

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
FMS - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Amanda de Sousa Brandão
Psicóloga HUT
CRP 21/00773

DATA: 14/10/19

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Jessica Elaine Santos Oliveira</i>			
Diagnóstico pré-operatório <i>Forçete + Uterito</i>			
Operação - Tipo <i>Amputação do útero de conservação</i>			
Cirurgião <i>Robert</i>		1º Assistente <i>—</i>	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Viana</i>	Anestesista <i>Carlos Custas</i>	Anestesia <i>Raque</i>	
Anestésico(a)			
Data da Operação <i>13/10/19</i>		Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Forçete + Uterito</i>			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			



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

1) APM com laparoscopia e controle de peso
2) Desfibrilação e controle da pressão arterial, identificação
colocação de pontos e fecho vascular no corpo e sutura da
do peritônio e fecho do útero e intestino escarificado
3) O útero por amputação do útero de conservação
4) Sutura e alça de tração do útero e controle de peso
5) Sutura e controle de peso e controle de peso
6) Sutura de fecho de fecho de fecho
7) Controle de peso e controle de peso
8) Controle de peso e controle de peso
9) Controle de peso e controle de peso
10) Controle de peso e controle de peso



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Sérvica Telame Sala: _____ Alergia: Não Data: 13/10/19

Procedimento: Abandono de mão Cirurgião: Dr. Observações: _____

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Cefazolin	g		2										
2 Adrenalina	mg		10										
3 Antec	mg		50										
4 Epine	g			2									
5 Epi	mg			4									
6 Bupivac	mg		13										
7 Morfina	mg		60										
8 Fentanil	mg		35										
9 MP3	mg		2										
10													
11													
12													
13													
Oxigênio	SL/min												
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

☒ Periférico MSD

Cat. Venoso nº 20G

☐ Dificuldade aces. venoso

Gastos cateteres _____

☐ Central _____

Via Aérea

☒ Cateter nasal

☐ IOT nº _____

☐ LMA nº _____

Monitorização:

☒ Cardioscopia

☒ PANI

☒ Oxímetro de pulso

☐ ETCO2

☐ Outros _____

Anestesia:

☐ Geral Venosa

☒ Geral Balanceada

☒ Raqui-anestesia

☐ Peridural

☐ Bloqueio Periférico

☐ Outros _____

Decúbito: DHV (08:40 -

PHD -

SP02 (%)	92	99	98	99	99	99	98
ETCO2 (mmHg)							
Aces. Venoso	SH	PL	PL				
Aces. Venoso							
Diurese							
Perdas Sanguíneas							

Descrição da Anestesia: Realizo analgesia e anti-éupria. Bloqueio subaracnóideo, em C3-C4, de medula. com 0,5% de bupivac. 13mg + fentanil 25mcg + Morfina 80mg.

Dr. Carlos Gustavo Silva
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-P1 4061

Anestesiologista

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Jessica E. Santos Oliveira IDADE 24 anos DATA 18/10 2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 50 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL (X) TRAQUEI () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Regulização coto CIRURGIÃO M. Valand

SINAIS VITAIS	HORÁRIO			
	ADMISSÃO	12:40	13:20	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	90/51	91/52	107/72	100/57
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	94	76	71	72
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	99X	97X	97X	95%
TEMPERATURA AXILAR (°C)				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)				
NOME/ MATRÍCULA	<u>Grilene</u>	<u>Grilene</u>	<u>Grilene</u>	<u>Grilene</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de F_{iO_2} maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	09		10
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	Grilene		me

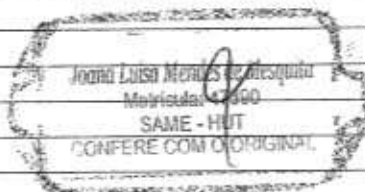
() SONDAS VESICAIS	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitida na SRPA em POI de
regulização de coto, segue Grilene, sensível, ag.
Enfa. Grilene
434.168

14:05 Alter de SRPA. me

MP Anestesiologia
 10/2017



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Thiago Mendes Barbosa
 Anestesiologista
 CRM - PI 5167 / RQE 2512
 ANESTESIOLOGISTA

HORÁRIO

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

P.08 - Retorno



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18, 10, 19

NOME DO PACIENTE: <u>Yvica Elaine S. Oliveira</u>	PROFISSIONÁRIO N°: <u>525460</u>
DIAGNÓSTICO: <u>debridamento cirúrgico</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	N° DA SALA: <u>08</u>
CIRURGIÃO: <u>Marcos Varanda</u>	CPF N°
AUXILIAR: <u>Edson</u>	CPF N°
ANESTESIA: <u>Hiran</u>	CPF N°
INSTRUMENTADORA:	CPF N°

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA N° 6,5	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 8,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	70		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	—	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO		
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N° 20	UNID.	01		eletrodo	05		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				escova	02		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				cateker	02		
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				crepom	02		
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0	01			CIRCULANTE: <u>Edson</u>			
PROLENO							

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
S.A.M.E. - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

253389

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

249842

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

6 - Prontuário: 525460

7-CNS: 702008369061983

8-Nascimento: 31/05/1995

9-Sexo: Feminino

RG: 3913631 - SSP PI

11-Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA

12-Fone: 89-99460-0657

13-Resp: SOCORRO - AVO

14-Cor: Sem Informação

15-Endereço: RUA FREI IBIAPINO - SAO VICENTE - CEP: 64600-002

16-Munic: PICOS

17-Cod. IBGE: 220800

18-UF: PI

19-CEP: 64600-002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

- Necrose em coto
de coxa D.

21 - Condições que justificam a internação:

Joana Luisa Mendes de Mesquita

Matrícula: 47390

SAE - HUT

CONFERE COM O ORIGINAL

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Ingresso não classificada em outra parte

24-CID Prim: R02

25-CID Sec: R02

26-CID C.Ass: R02

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0415040035

29- Procedimento Solicitado:

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Tempo SUS
3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 811.397.483-00

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA

18/10/2019

Dr. Marcos Varanda
Angiologia - Cirurgia Vascular
CRM-PI 3061

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (KARLA BATISTA)

Consulta Local: 746016

Consulta SUS:

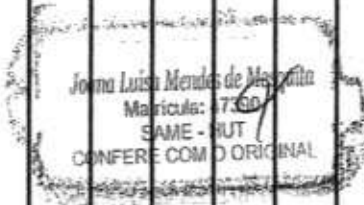


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - JUT

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 71293 - Em: (21/10/2019)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
249842	925460 JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA	31/03/1995	CLÍNICA CIRÚRGICA - P08	ENFERMARIA 222	LEITO 34	ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO			
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:							
Hora:		Alergias:							
8 DPO AMPUTACÃO DE COXA DIREITA. PACIENTE REALIZOU AMPUTACÃO DE COXA DIREITA EM 13/10 POR LESÃO NECROSADA. SEGUE AFEBIL, HIDRATADA, HIPOCORADA, INDOLOR A MIBILIZAÇÃO E PALPAÇÃO DO MEMBRO AMPUTADO E EM COTO DE AMPUTACÃO DIREITO. CICATRIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTACÃO ADEQUADA, SEM SINAIS INFLAMATORIOS E SEM DRENAGEM DE SECREÇÕES. REFERE ALIMENTAÇÃO E SONO ADEQUADOS, DIURESE E EVACUAÇÕES FISIOLÓGICAS E ADEQUADAS. EXAMES LABORATORIAIS (17/10): HB = 11,5; LEUCO = 10900; PLAQUETAS = 312000		FO: Jtmo Assun							
3 DIA - DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO REALIZADO 18/10/2019 - SEM INTERCORRÊNCIA. D 9 ANTIBIOTICO									
Seq.:	Descrição-Exatidão/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATORIO DE ENFERMAGEM:
Dieta									
ORAL TIPO LIVRE.									
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	8/8h				08:30hrs - Paciente em alta
2	MEROPENEM 1G PÓ P/ SOL. INJETÁVEL	1,00	Gramas	EV	8/8h				hospitalar. Pac. Enq. Mania
3	VARCOMICINA 500MG, PÓ P/ SOL. INJ.	2,00	Ampola	EV	24/24h				
4	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
5	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL	1,00	Ampola	EV	8/8h				
6	FLUCONAZOL 150MG	1,00	Cápsula	OTT	24/24h				
7	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	1,00	mL	EV	12/12h				
8	ENOXAPARINA SÓDICA 40MG/0,4ML SOL. EM SERINGA INJETÁVEL	1,00	Seringa	Subcut	24/24h				



Alma Pazirvan - VASC
- Curar
- Curar
PS: Curar



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - AUT

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 71293 - Em: (21/10/2019)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt. Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
249842	525460 JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA	31/05/1995	CLINICA CIRURGICA - PUB	ENFERMARIA 222	LEITO 34	ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO			
Evolução: 8 DO ANPUTACAO DE COXA DIREITA. PACIENTE REALIZOU AMPUTACAO DE COXA DIREITA EM 13/10 POR LESAO NECROSADA. SEGUE AFEBRIL, HIDRATADA, HIPOCORADA, INDOLOR A MIBILIZACAO E PALPACAO DO MEMBRO AMPUTADO E EM COTO DE ANPUTACAO DIREITO. CICATRIZACAO DO COTO DE AMPITACAO ADEQUADA, SEM SINAIS INFLAMATORIOS E SEM DRENAGEM DE SECRECOES. REFERE ALIMENTACAO E SONO ADEQUADOS, DIURESE E EVACUACOES FISIOLOGICAS E ADEQUADAS. EXAMES LABORATORIAIS (17/10): HB = 11,5; LEUCO = 10900; PLAQUETAS = 312000 3 DIA - DEBRIDAMENTO CIRURGICO REALIZADO 18/10/2019 - SEM INTERCORRENCIA. D 9 ANTIBIOTICO		Diagnóstico/Comorbidades:							
Alergias:									
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta									
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	8/8h				
2	MEROPEM 1G PÓ P/ SOL. INJETÁVEL	1,00	Grana(s)	EV	8/8h				
3	VANCOMICINA 500MG, PÓ P/SOL. INJ.	2,00	Amola	EV	24/24h				
4	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Amola	EV	6/6h		AD		
5	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL	1,00	Amola	EV	8/8h				
6	FLUCONAZOL 150MG	1,00	Cápsula	GTT	24/24h				
7	PANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	1,00	mL	EV	12/12h				
8	ENOXAPARINA SÓDICA 40MG/0,4ML SOL. EM SERINGA INJETÁVEL	1,00	Seringa	Subcutâ	24/24h				

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47030
SAME - HJT
CONFERE COM ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, JT

RUA Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

222/34

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 71146 - Em: (20/10/2019)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
249842	523460 JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA	31/05/1995	CLINICA CIRURGICA - P08	ENFERMARIA 222	LEITO 34	ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Evolução:	7 DPO AMPUTACÃO DE COXA DIREITA. PACIENTE REALIZOU AMPUTACÃO DE COXA DIREITA EM 13/10 POR LESÃO NECROSADA. SEGUE AFEBRIL, HIDRATADA, HIPOCORADA, INDOLOR A MIBILIZAÇÃO E PALPAÇÃO DO MEMBRO AMPUTADO E EM COTO DE AMPUTACÃO DIREITO. CICATRIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTACÃO ADEQUADA, SEM SINAIS INFLAMATÓRIOS E SEM DRENAGEM DE SECREÇÕES. REFERE ALIMENTAÇÃO E SONO ADEQUADOS, DIURESE E EVACUAÇÕES FISIOLÓGICAS E ADEQUADAS. EXAMES LABORATORIAIS (17/10): HB = 11,5; LEUCO = 10900; PLAQUETAS = 312000					
Dieta	2 DIA - DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO REALIZADO 18/10/2019 - SEM INTERCORRÊNCIA. D 8 ANTIBIÓTICO					
Seq.	Descrição-Apresentação-Indicação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	8/8h	
2	METOPRENEM 1G PÓ P/ SOL. INJETÁVEL	1,00	Gramas	EV	8/8h	
3	VANCOMICINA 500MG, PÓ P/ SOL. INJ.	2,00	Ampola	EV	24/24h	
4	DIPYRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h	
5	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL	1,00	Ampola	EV	8/8h	
6	FLUCONAZOL 150MG	1,00	Cápsula	GTT	24/24h	
7	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	1,00	mL	EV	12/12h	
8	ENOXAPARINA SÓDICA 40MG/0,4ML SOL. EM SERINGA INJETÁVEL	1,00	Seringa	Subcutâ	24/24h	

Diagnóstico/Comorbidades:

Alergias:

Bom de Alta em 21/10/2019

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

Horários:

Dil. Vol.:

Recons:

Via:

Int.:

Dose:

Unid.:

Descrição-Apresentação-Indicação:

Dieta

Seq.

João Luis Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
S.A.M.E. - HUT
CONFERE COM O OR

Dr. Marco Cristiano
Anestesiologista
CRM-PI 2413



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

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Jessica Glane Santos Oliveira</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Necrose coto coxa D.</i>		
Operação - Tipo <i>Debridamento cirúrgico</i>		
Cirurgião <i>Marcos Varanda</i>	1º Assistente <i>Estudante</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista <i>Hirán Mendes dos Santos</i> <i>CRM 10727</i>	Anestesia <i>Rague</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>18/10/19</i>	Início <i>10:40</i>	Fim <i>11:40</i>
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação <i>- Sem intercorrências.</i>		



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

*1) Paciente em decúbito dorsal, sob rasatura
linear (2) limpeza e antiséptico (3) bloco
coto de coxa (4) Exatise de tecidos
necrotizados (5) lavagem da F.O (6)
Fechamento das plaças (7) Curativo.*

Dr. Marcos Varanda
Angiologia - Cirurgia Vascular
CRM-PI 3061



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS



859823
3.522.9176020-70
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
PROF. ZENON ROCHA
Rua Dr. Otoni Tito, N° 1520
Terresina - PI

Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta		N° Cartão SUS	
Especialidade			
CEIR - Ortopedia			
Nome do Paciente (preencher sem abreviar)		Raça/Cor	
Jenico Elaine Santos Oliveira			
Nascimento	Idade	Sexo	RG / CPF
31/05/1995	24 a	<input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	
Nome da Mãe		CEP	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Bairro		Complemento	
Município		UF	Fones
Dados Clínicos			
Exatolomia de membro inferior			
Data: / /		Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde	
Dados do Agendamento			
Local do Atendimento			
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Nome do Profissional de Saúde			
Data e Hora do Comparecimento		Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento	
/ / às			

CASO USUÁRIO,

Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha se houver atendimento.
Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.
Esta consulta é paga pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa.

N° DA AUTORIZAÇÃO

Formulário II / 2017

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PICOS
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES

Ctrl: c1a31b7a-fd12bf54-5aa2d2bd-3fd1df24

Estabelecimento Solicitante: CENTRAL DE REGULACAO AMBULATORIAL

Cadastro: 29/10/2019 08:37:41

Emissao: 29/10/2019

Agenda: 1477055

Autorizacao: 852611900

Usuario: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Cartao SUS: 702008369061983

Nascimento: 31/05/1995 **Telefone:** (89)9903-2330 **Municipio:** PICOS

Local de Atendimento: CIEM

Endereco: RUA PROJETADA 338, 1337 **Bairro:** CATAVENTO

Telefone: (89)98881-2912

Profissional: JOSE ALMEIDA LEAL

CRM: MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR

Procedimento(s):

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATE ICAD ESPECIALIZADA **Qtde:** 1

Comparecimento (Data, Hora): Quinta, 31 de Outubro de 2019 as 13:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Nao assine nada em caso de nao haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo/Responsavel pelo Agendamento



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

JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702008369061983

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/05/1995

9 - SEXO

Masc.

☐

Fem.

☒

2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

308061

10 - NOME DA MÃE

MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9942-3205

12 - ENDEREÇO

FREI IBIAPINO, 41 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PICOS

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2208007

15 - UF

PI

16 - CEP

64600-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pt que faz parte de grupo de agudos
na cardiopneumonia hi + 8 dias
de internação / c/ps de pulmão e
respiratório do pulmão + 20 dias
c/ espasmo e nervos supratentorial

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

1º episódio de sepsis por pneumonia

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Período infectado

21 - CID PRINCIPAL

J59

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Desmembro de veia de 08/18/09/09/3

26 - CLÍNICA

Fla B

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URG

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Kassiano Carlos Nogueira 17/09/2019

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

M220800001

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura paciente/Responsável

Kassiano Carlos Nogueira

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

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE		SEXO		APT°	LEITO
PRONTUÁRIO		CONVÊNIO	DATA	HORA	
308061		Sus	23/09/2019		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
direito / fúnculo terminal membro superior					
DESCRÇÃO DA CIRURGIA					
DATA		INÍCIO DA CIRURGIA			
23/09/2019					
RURGIA PROPOSTA		CIRURGIA REALIZADA		FIM DA CIRURGIA	
TIPO DE CIRURGIA:					
ELETIVA <input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA					
DESCRÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO					
1. DDH + Monte Tropic					
2. AA + CE					
3. fúnculo amplo destruído e eixo					
identificado com base de todo membro superior					
menor + pus					
4. Odontopexia e eixo + eixo completo					
INTERCORRÊNCIAS					
ANTIBIOTERAPIA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM					
ANATOMIA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM					
QUAIS:					
Nº DE PEÇAS:					
LOCALIZAÇÃO:					
MATERIAIS ESPECIAIS <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SÍNTESE/TIPO:					
MÉDICAMENTOS UTILIZADOS <input type="checkbox"/> ÓRTESE/TIPO:					
TIPO DE ANESTESIA					
ANESTESISTA		ANESTÉSICO		DURAÇÃO	
CIRURGIÃO		CREMEB		ASSINATURA	
1º CIRURGIÃO AUXILIAR		CREMEB		ASSINATURA	
2º CIRURGIÃO AUXILIAR		CREMEB		ASSINATURA	

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE		SEXO		APTº	LEITO
PRONTUÁRIO		CONVÊNIO	DATA	HORA	
308061		Sus	06/10/2019		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO					
fascículo nervoso					
DESCRÇÃO DA CIRURGIA					
DATA		INICIO DA CIRURGIA		FIM DA CIRURGIA	
CIRURGIA PROPOSTA		CIRURGIA REALIZADA			
TIPO DE CIRURGIA: ELETIVA <input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA					
DESCRÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO					
1. DO HT média - 1 roqui					
2. AA-CE					
3. fúculo nervoso com os pedúnculos e fascículo					
um paciente com queixo de raposa grande e					
membro.					
4. amputação exatista					
5. cefalotomia					
Dr. Priscila Silva					
Hospital Regional Justino Luz					
Picos-PI					
INTERCORRÊNCIAS					
ANTIBIOTERAPIA: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM					
ANATOMIA PATOLÓGICA: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM					
QUAIS: Nº DE PEÇAS: LOCALIZAÇÃO:					
MATERIAIS ESPECIAIS: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SÍNTESE/TIPO: <input type="checkbox"/> ORTESE/TIPO:					
MEDICAMENTOS UTILIZADOS					
TIPO DE ANESTESIA		ANESTÉSICO		DURAÇÃO	
ANESTESISTA					
CIRURGIÃO		CREMEB	ASSINATURA		
1º CIRURGIÃO AUXILIAR		CREMEB	ASSINATURA		
2º CIRURGIÃO AUXILIAR		CREMEB	ASSINATURA		

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE		SEXO		APTº	LEITO
Isisela Elaine Santos Oliveira					
PRONTUÁRIO	CONVÊNIO	DATA		HORA	
308061	Sus	07/00/2023			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
Fase II de Necrose					
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA					
ATA	Posteriorização de tecido descolado				
CIRURGIA PROPOSTA	INÍCIO DA CIRURGIA	CIRURGIA REALIZADA		FIM DA CIRURGIA	
TIPO DE CIRURGIA: ELETIVA <input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA					
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO					
1 - DP4 - 1 montado - 1 rolo					
2 - AA + CE					
3 - Realizado o amplexo do tecido descolado para					
4 - Realizado o fechamento do tecido descolado.					
5 - Realizado o fechamento.					
INTERCORRÊNCIAS					
ANTIBIOTERAPIA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM					
ANATOMIA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM					
QUAIS:		Nº DE PEÇAS:		LOCALIZAÇÃO:	
MATERIAIS ESPECIAIS <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SÍNTESE/TIPO:					
<input type="checkbox"/> ÓRTESE/TIPO:					
MEDICAMENTOS UTILIZADOS					
TIPO DE ANESTESIA					
ANESTÉSICO		DURAÇÃO			
ANESTESISTA					
CIRURGIÃO		CREMEB	ASSINATURA		
1º CIRURGIÃO AUXILIAR		CREMEB	ASSINATURA		
2º CIRURGIÃO AUXILIAR		CREMEB	ASSINATURA		

Atendimento	1064070
Data:	17/09/2019
Hora:	17:30

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184
PICOS/PI

Nº AIH
WILLIAM

BOLETIM DE ADMISSÃO

308061 - JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - Nascimento: 31/05/1995 - Cor/Raça: 03-PARDA

24 A,4 M,23 D

Clinica: CIRURGIÃO

Enfermaria: 15- CIRURGIA GERAL - F

Leito: C15/74

Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

Médico: 5040 - KASSIANO CAETANO NOGUEIRA

CPF: RG: 3913631

CNS: 702008369061983

SIS Prenatal:

Endereço: FREI IBIAPINO, N° 41 - CEP: 64600-000

Bairro: CENTRO

Cidade: 2208007- PICOS/PI

Profissão: DOMESTICA

Telefone: (89) 9942-3205

Pai: FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA

Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA

Responsável: MACIELMA ARAUJO BARBOSA - (89) 9942-3205 - PRIMA

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

48 Horas

48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

KASSIANO CAETANO NOGUEIRA

S. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ
PICOS-PI

NOME: <u>Jessica Elaine Santos Clemente</u>		APTO: <u>014</u>	LEITO	R. MET.
RELATÓRIO DE ENFERMEAGEM				
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
<p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p><u>14. DPO deslumbante corrigido.</u> <u>18. DPO deslumbante corrigido.</u> <u>Paracetamol 1000mg/6h.</u></p> <p>DATA: <u>11/10/2019</u></p> <p>DIETA <u>Oral Reparação x</u></p> <p>SF0,9% <u>PRU</u></p> <p>RANITIDINA 1AMP + AD EV 12/12</p> <p>DIPIRONA 500MG/ML - 1AMP+AD, EV, 6/6H</p> <p>TILATIL 1AMP + AD EV 12/12 H</p> <p>PLASIL 10MG - 1AMP+AD, EV, 8/8HRS</p> <p>DIMETICONA 40 GOTAS VO 6/6HORAS</p> <p>TRAMAL 100MG 1FR + 100ML SF0,9% EV 8/8H SE DOR</p> <p>REFRATÁRIA A TILATIL. <u>dego 6/6h</u></p> <p>GLICEMIA CAPILAR 6/6H SN</p> <p>INSULINA REGULAR SC SE GLICEMIA:</p> <p><180:0U 201-250:4U 301-350:8U</p> <p>181-200:2U 251-300:6U >351:10U</p> <p>GLICOSE 50% 4 AMPOLA EV, SE GLICEMIA <60MG/DL</p> <p>CCGG + SSV</p> <p><u>Insiplex 1g + 100ml SF EV 12/12h</u></p> <p><u>Verbenamacha: 500mg + 250ml SF 5% EV 8/8h.</u></p> <p><u>Espace motorio</u></p> <p><u>Alupulido. Pylorac</u></p> <p><u>Colactine am 6c</u></p> <p><u>CRAB 755171</u></p> <p><u>Jeans Clemente</u></p>		<p><u>An 10:40 Verificado sinais vitais</u> <u>PA: 130 x 60 mmHg. FC: 78 bpm;</u> <u>FR: 20 rpm; Tar: 38.4 °C. Acad.</u> <u>Ent: Nubly (UESPI)</u></p> <p><u>14:30 Realizar curativo MTE,</u> <u>sem episódios de sangramento.</u> <u>pressão arterial gramada,</u> <u>colorido (branco) em</u> <u>ferida 12068 ps</u></p>		
<p>Horário</p> <p>Glicemia</p> <p>Tax</p> <p>PA</p> <p>Diurese</p> <p>Drenos</p>				



Sistema
Único de
Saúde

HRL

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

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

PRONTUÁRIO		CLÍNICA	RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
DATA/HORA/CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	MÉICO ASSISTENTE
10/10/69	Dietas oral hiperproteica		69	
11/10/69	Tefeo selingado -			
12/10/69	100ml 100mg + 100ml 500mg			
13/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
14/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
15/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
16/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
17/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
18/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
19/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
20/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
21/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
22/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
23/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
24/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
25/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
26/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
27/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
28/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
29/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
30/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
31/10/69	EV - 818 - (200 g/l)			
01/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
02/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
03/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
04/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
05/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
06/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
07/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
08/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
09/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
10/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
11/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
12/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
13/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
14/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
15/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
16/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
17/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
18/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
19/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
20/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
21/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
22/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
23/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
24/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
25/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
26/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
27/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
28/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
29/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
30/11/69	EV - 818 - (200 g/l)			
01/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
02/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
03/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
04/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
05/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
06/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
07/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
08/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
09/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
10/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
11/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
12/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
13/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
14/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
15/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
16/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
17/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
18/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
19/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
20/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
21/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
22/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
23/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
24/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
25/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
26/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
27/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
28/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
29/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
30/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
31/12/69	EV - 818 - (200 g/l)			
01/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
02/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
03/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
04/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
05/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
06/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
07/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
08/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
09/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
10/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
11/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
12/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
13/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
14/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
15/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
16/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
17/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
18/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
19/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
20/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
21/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
22/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
23/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
24/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
25/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
26/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
27/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
28/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
29/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
30/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
31/01/70	EV - 818 - (200 g/l)			
01/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
02/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
03/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
04/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
05/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
06/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
07/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
08/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
09/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
10/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
11/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
12/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
13/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
14/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
15/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
16/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
17/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
18/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
19/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
20/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
21/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
22/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
23/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
24/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
25/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
26/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
27/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
28/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
29/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
30/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			
31/02/70	EV - 818 - (200 g/l)			

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

[illegible]

PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
DATA/HORA/CODIGO	QUANT.	14	69	
PREScrição Médica				
AS 07:00hs realizado banho no leito, troço de lençol em nylon e cortativo do bôn. Paciente está sendo guio no C.E. segue aos cuidados da enfermeira Valéria Moura				
AS 10:18 realizado refeição				
T - 37,8 °C P.A 10x60 mmHg				
AS 15:00 + 37,9 °C				
AS 20:00hs Verificado PA 110/80 mmHg, T 38,5 °C, Fec. 64				
Travada 29,2 x 33,5 Kc				



Piauí
GOVERNO DO ESTADO



FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares



Sistema
Único de
Saúde

HKJL

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

PRONTUÁRIO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CLÍNICA	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
DATA/HORA/CODIGO/	#Fasecista Macoratti 1º DO distridomente 15:30 distridomente 1 Data June 2 SF2,9% SORUM EV 12/12h 3 - Sumpump 1g + 12ml SF2,9% EV 12/12h 4 - Vancomicina 500mg + 10ml SF2,9% EV 8/8h 5 - Paracetamol - 600mg + 10ml EV 12/12h 6 - Dipiridamol - 100mg EV 8/8h 7 - Plonid - 100mg EV 8/8h 8 - Travesol 100mg + 10ml SF2,9% EV 8/8h 9 - SSUV + CCGG 10 - Solução Hemorrágica 11 - O concentrado de Hemocrito 12 - Metimide - 600mg + 10ml SF2,9% EV 12/12h 13 - Metimide 600mg + 10ml SF2,9% EV 12/12h 14 - Metimide 600mg + 10ml SF2,9% EV 12/12h 15 - Metimide 600mg + 10ml SF2,9% EV 12/12h	QUANT. EV 12/12h EV 12/12h EV 8/8h EV 12/12h EV 8/8h EV			

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

PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
DATA/HORA/CODIGO/	QUANT.			
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
# Faxeiro Nelson				
06/10/2019				
1. 100mg paracetamol				
2. 500mg paracetamol				
3. 500mg paracetamol				
4. 500mg paracetamol				
5. 500mg paracetamol				
6. 500mg paracetamol				
7. 500mg paracetamol				
8. 500mg paracetamol				
9. 500mg paracetamol				
10. 500mg paracetamol				
11. 500mg paracetamol				
12. 500mg paracetamol				
13. 500mg paracetamol				
14. 500mg paracetamol				
15. 500mg paracetamol				
16. 500mg paracetamol				
17. 500mg paracetamol				
18. 500mg paracetamol				
19. 500mg paracetamol				
20. 500mg paracetamol				
21. 500mg paracetamol				
22. 500mg paracetamol				
23. 500mg paracetamol				
24. 500mg paracetamol				
25. 500mg paracetamol				
26. 500mg paracetamol				
27. 500mg paracetamol				
28. 500mg paracetamol				
29. 500mg paracetamol				
30. 500mg paracetamol				
31. 500mg paracetamol				
32. 500mg paracetamol				
33. 500mg paracetamol				
34. 500mg paracetamol				
35. 500mg paracetamol				
36. 500mg paracetamol				
37. 500mg paracetamol				
38. 500mg paracetamol				
39. 500mg paracetamol				
40. 500mg paracetamol				
41. 500mg paracetamol				
42. 500mg paracetamol				
43. 500mg paracetamol				
44. 500mg paracetamol				
45. 500mg paracetamol				
46. 500mg paracetamol				
47. 500mg paracetamol				
48. 500mg paracetamol				
49. 500mg paracetamol				
50. 500mg paracetamol				
51. 500mg paracetamol				
52. 500mg paracetamol				
53. 500mg paracetamol				
54. 500mg paracetamol				
55. 500mg paracetamol				
56. 500mg paracetamol				
57. 500mg paracetamol				
58. 500mg paracetamol				
59. 500mg paracetamol				
60. 500mg paracetamol				
61. 500mg paracetamol				
62. 500mg paracetamol				
63. 500mg paracetamol				
64. 500mg paracetamol				
65. 500mg paracetamol				
66. 500mg paracetamol				
67. 500mg paracetamol				
68. 500mg paracetamol				
69. 500mg paracetamol				
70. 500mg paracetamol				
71. 500mg paracetamol				
72. 500mg paracetamol				
73. 500mg paracetamol				
74. 500mg paracetamol				
75. 500mg paracetamol				
76. 500mg paracetamol				
77. 500mg paracetamol				
78. 500mg paracetamol				
79. 500mg paracetamol				
80. 500mg paracetamol				
81. 500mg paracetamol				
82. 500mg paracetamol				
83. 500mg paracetamol				
84. 500mg paracetamol				
85. 500mg paracetamol				
86. 500mg paracetamol				
87. 500mg paracetamol				
88. 500mg paracetamol				

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

PRONTUÁRIO	DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CLÍNICA	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
05/10/19		# FASCEITE NECROTIZANTE	Quant.	14	69	
		X1) Oito end. livre				
		(2) SF 0,5% 2000 ml EV				
		(3) Rantidol 50mg + NO				
		(4) Imipenem 1g + SF				
		EV 1211h				
		(5) Vancomicina 500mg +				
		100ml SF 0,5% EV 1211h				
		(6) Digoxina 500mg/ml				
		AD EV 0116h				
		(7) Tramadol 100mg + 100ml				
		EV 1211h				
		(8) Curativos local				
		(9) SSUV + CC66				
		(10) Solicito Hemograma, Urina, Creatinina, Nat, At				

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
04/08/2016	07/10/2016 CLINICA			69	
05/08/2016	08/08/2016	SNP			
06/08/2016	08/08/2016				
07/08/2016	08/08/2016				
08/08/2016	08/08/2016				
09/08/2016	08/08/2016				
10/08/2016	08/08/2016				
11/08/2016	08/08/2016				
12/08/2016	08/08/2016				
13/08/2016	08/08/2016				
14/08/2016	08/08/2016				
15/08/2016	08/08/2016				
16/08/2016	08/08/2016				
17/08/2016	08/08/2016				
18/08/2016	08/08/2016				
19/08/2016	08/08/2016				
20/08/2016	08/08/2016				
21/08/2016	08/08/2016				
22/08/2016	08/08/2016				
23/08/2016	08/08/2016				
24/08/2016	08/08/2016				
25/08/2016	08/08/2016				
26/08/2016	08/08/2016				
27/08/2016	08/08/2016				
28/08/2016	08/08/2016				
29/08/2016	08/08/2016				
30/08/2016	08/08/2016				
31/08/2016	08/08/2016				
01/09/2016	08/08/2016				
02/09/2016	08/08/2016				
03/09/2016	08/08/2016				
04/09/2016	08/08/2016				
05/09/2016	08/08/2016				
06/09/2016	08/08/2016				
07/09/2016	08/08/2016				
08/09/2016	08/08/2016				
09/09/2016	08/08/2016				
10/09/2016	08/08/2016				
11/09/2016	08/08/2016				
12/09/2016	08/08/2016				
13/09/2016	08/08/2016				
14/09/2016	08/08/2016				
15/09/2016	08/08/2016				
16/09/2016	08/08/2016				
17/09/2016	08/08/2016				
18/09/2016	08/08/2016				
19/09/2016	08/08/2016				
20/09/2016	08/08/2016				
21/09/2016	08/08/2016				
22/09/2016	08/08/2016				
23/09/2016	08/08/2016				
24/09/2016	08/08/2016				
25/09/2016	08/08/2016				
26/09/2016	08/08/2016				
27/09/2016	08/08/2016				
28/09/2016	08/08/2016				
29/09/2016	08/08/2016				
30/09/2016	08/08/2016				
01/10/2016	08/08/2016				
02/10/2016	08/08/2016				
03/10/2016	08/08/2016				
04/10/2016	08/08/2016				
05/10/2016	08/08/2016				
06/10/2016	08/08/2016				
07/10/2016	08/08/2016				
08/10/2016	08/08/2016				
09/10/2016	08/08/2016				
10/10/2016	08/08/2016				
11/10/2016	08/08/2016				
12/10/2016	08/08/2016				
13/10/2016	08/08/2016				
14/10/2016	08/08/2016				
15/10/2016	08/08/2016				
16/10/2016	08/08/2016				
17/10/2016	08/08/2016				
18/10/2016	08/08/2016				
19/10/2016	08/08/2016				
20/10/2016	08/08/2016				
21/10/2016	08/08/2016				
22/10/2016	08/08/2016				
23/10/2016	08/08/2016				
24/10/2016	08/08/2016				
25/10/2016	08/08/2016				
26/10/2016	08/08/2016				
27/10/2016	08/08/2016				
28/10/2016	08/08/2016				
29/10/2016	08/08/2016				
30/10/2016	08/08/2016				
31/10/2016	08/08/2016				
01/11/2016	08/08/2016				
02/11/2016	08/08/2016				
03/11/2016	08/08/2016				
04/11/2016	08/08/2016				
05/11/2016	08/08/2016				
06/11/2016	08/08/2016				
07/11/2016	08/08/2016				
08/11/2016	08/08/2016				
09/11/2016	08/08/2016				
10/11/2016	08/08/2016				
11/11/2016	08/08/2016				
12/11/2016	08/08/2016				
13/11/2016	08/08/2016				
14/11/2016	08/08/2016				
15/11/2016	08/08/2016				
16/11/2016	08/08/2016				
17/11/2016	08/08/2016				
18/11/2016	08/08/2016				
19/11/2016	08/08/2016				
20/11/2016	08/08/2016				
21/11/2016	08/08/2016				
22/11/2016	08/08/2016				
23/11/2016	08/08/2016				
24/11/2016	08/08/2016				
25/11/2016	08/08/2016				
26/11/2016	08/08/2016				
27/11/2016	08/08/2016				
28/11/2016	08/08/2016				
29/11/2016	08/08/2016				
30/11/2016	08/08/2016				
01/12/2016	08/08/2016				
02/12/2016	08/08/2016				
03/12/2016	08/08/2016				
04/12/2016	08/08/2016				
05/12/2016	08/08/2016				
06/12/2016	08/08/2016				
07/12/2016	08/08/2016				
08/12/2016	08/08/2016				
09/12/2016	08/08/2016				
10/12/2016	08/08/2016				
11/12/2016	08/08/2016				
12/12/2016	08/08/2016				
13/12/2016	08/08/2016				
14/12/2016	08/08/2016				
15/12/2016	08/08/2016				
16/12/2016	08/08/2016				
17/12/2016	08/08/2016				
18/12/2016	08/08/2016				
19/12/2016	08/08/2016				
20/12/2016	08/08/2016				
21/12/2016	08/08/2016				
22/12/2016	08/08/2016				
23/12/2016	08/08/2016				
24/12/2016	08/08/2016				
25/12/2016	08/08/2016				
26/12/2016	08/08/2016				
27/12/2016	08/08/2016				
28/12/2016	08/08/2016				
29/12/2016	08/08/2016				
30/12/2016	08/08/2016				
31/12/2016	08/08/2016				

Paula Vitorino
COREN-PI 338.148

Paula Vitorino
COREN-PI 338.148

Paula Vitorino
COREN-PI 338.148

Paula Vitorino
COREN-PI 338.148

Paula Vitorino
COREN-PI 338.148

Paula Vitorino
COREN-PI 338.148

Paula Vitorino
COREN-PI 338.148

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE <i>Yssara Elaine Santos</i>				DATA <i>23/09/10</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>Desbridamento cirúrgico do M+D</i>				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO		QUANT.	UND.	TOTAL		
SERINGA 1 ML 3 ML						
SERINGA 5 ML 10 ML						
SERINGA 20 ML						
KIT ACESSO CENTRAL						
SONDA DE ASPIRAÇÃO						
AGULHA 40X12						
ALGODÃO						
ÁGUA DESTILADA						
PVPI <i>100 + degermante 100ml</i>						
SONDA VESICAL						
LETOR DE URINA						
COVA COM DEGERMANTE						
ATADURA COM CREPOM <i>N: 20</i>						
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA						
LIDOCAÍNA						
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA <i>cefazolin</i>						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
CITOCINA						
THERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE						
ESPARADRAPO <i>pac.</i>						
LÂMINA DE BISTURI <i>N: 24</i>						
LUVA ESTÉRIL						
LUVA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0,9%						
SORO GLICOSADO 5% <i>unib</i>						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM						

APARELHAGEM		
ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	

USO DA SALA		
INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
<i>11:15 hs</i>		
OPERAÇÃO		
CIRURGIÃO <i>Dr. Paquel</i>		
AUXILIAR		
ANESTESISTA <i>Dr. Raulo</i>		
TIPO DE ANESTÉSIA <i>Raquel</i>		
INSTRUMENTADOR		
OCORRÊNCIAS		

MÉDICO:	
ENFERMEIRA(O):	<i>Raquel</i>
TÉC. ENFER:	<i>Domício 748 5961</i>

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

Salvador de Raimundo

PRONTUÁRIO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CLÍNICA	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
DATA/ HORA/ CODIGO/		QUANT.			
23/09/1990	Paciente em tratamento				
	2. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	3. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	4. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	5. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	6. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	7. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	8. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	9. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	10. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	11. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	12. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	13. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	14. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	15. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	16. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	17. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	18. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	19. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	20. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	21. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	22. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	23. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	24. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	25. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	26. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	27. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	28. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	29. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	30. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	31. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	32. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	33. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	34. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	35. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	36. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	37. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	38. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	39. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	40. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	41. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	42. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	43. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	44. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	45. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	46. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	47. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	48. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	49. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	50. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	51. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	52. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	53. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	54. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	55. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	56. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	57. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	58. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	59. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	60. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	61. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	62. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	63. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	64. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	65. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	66. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	67. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	68. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	69. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	70. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	71. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	72. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	73. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	74. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	75. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	76. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	77. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	78. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	79. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	80. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	81. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	82. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	83. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	84. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	85. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	86. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	87. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	88. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	89. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	90. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	91. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	92. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	93. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	94. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	95. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	96. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	97. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	98. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	99. 500mg de Paracetamol 12/12h				
	100. 500mg de Paracetamol 12/12h				

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PI
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PICOS-PI

S. Rominação

Nome: Jessica Elaine Santos Oliveira	ALA B	LEITO	R. MET.
PESCRICÃO MÉDICA			
DATA: 22/09/2019			
1. Dieta oral branda;			
1. SF 0,9% - 1500ml EV para 24hs;			
2. Oxacilina 500mg - 2 fr. + SF0,9% (100ml) EV 6/6hs;			
3. Clindamicina 600mg + SF0,9% (100ml) EV de 8/8hs;			
4. Liqueurine 5000/0,25ml SC de 12/12hs;			
5. Dipirona - 1 amp. + AD EV de 6/6hs, se TAX $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$;			
6. Bromoprida - 1 amp. + AD EV de 8/8hs, SN;			
7. Zylum 50mg - 2ml + AD EV de 12/12hs;			
8. Tilatil 20mg - 1 amp. + AD EV de 12/12hs, se dor;			
9. Tramal 100mg + SF0,9% (100ml) EV de 12/12hs, ACM;			
10. Captopril 25mg - 1 cp SL se PAS $\geq 160\text{mmHg}$ ou PAD $\geq 110\text{mmHg}$;			
11. Curativo da região lesionada;			
12. PA, TAX e HGT de 6/6hs;			
13. Aguardando avaliação cirúrgica;			
14. SSVV + CCGG.			

Carla M. S. S. Costa
Enfermeira
C.R.O. 25597

RELATÓRIO DE ENFERMEAGEM	OBSERVAÇÕES
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	
15	Ad 22.30 h verificado
12	5VV; PA = 100 x 70 mmHg
14	HGT = 164 mg/dl; TAX = 39.8°C
12	22 24
22	SN
24	SN
12	24
24	SN
14	ACM
24	SN
22	24 06

800.516.623 | CERT-AAA 10491



Sistema
Único de
Saúde

LEVI

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

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

Família Clara Santos Oliveira		CLÍNICA	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
PRONTUÁRIO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	RELATÓRIO DE INFERMAGENS		
DATA/HORA/CODIGO/			HÓRARIO	OBSERVAÇÕES	
20/09/19	01 - Dieta oral branda X		5h17		
	02 - SFO91. 1000ml 10V, 144h		15 24		
	03 - Clindamicina 600mg - Omap + AD 6/6		18 24		
	04 - Clindamicina 600mg - Omap + SFO94. 100ml, 6/6h		18 24		
	05 - Omap + AD 5V, 6/6h, 5V		24 24		
	06 - Bromazepam Omap + AD 6V, 8/8h		24 24		
	07 - Clindamicina 500mg + AD 5V, 12/12h		24 24		
	08 - SFO91 + CLO9		24 24		
	09 - Ajustando dose na alga		24 24		

Dr. Hailo Adilson Gomes Leal
Médico
- 19/09/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

PRONTUÁRIO DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CLÍNICA QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE	RELATORIO DE INFERMAGEM	
						HÓRARO	OBSERVAÇÕES
	① Admitir para home						
	② 500mg, 1000mg de, 710mg de						
	③ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	④ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑤ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑥ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑦ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑧ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑨ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑩ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑪ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑫ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑬ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑭ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑮ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑯ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑰ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑱ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑲ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	⑳ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㉑ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㉒ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㉓ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㉔ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㉕ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㉖ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㉗ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㉘ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㉙ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㉚ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㉛ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㉜ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㉝ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㉞ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㉟ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㊱ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㊲ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㊳ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㊴ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㊵ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㊶ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㊷ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㊸ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㊹ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㊺ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㊻ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㊼ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㊽ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㊾ 100mg de, 100mg de, 100mg de						
	㊿ 100mg de, 100mg de, 100mg de						

Heitor José de Moura dos Anjos
CRM / PI 4687
CPF: 019.645.283-05

nor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

Dr. Kaciara, C. Cabang Magelang
CIRCUITO GERAL
CNR 15510/RQE: 2459

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

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIAUsuário: Junio clama ☐ Santa ☐ Prontoário: _____D.N.: ____/____/____ Sexo: M ☒ F ☐Procedimento Cirúrgico: peritonite
crônica
do M2D Data Cirúrgica: 23-11-08
188**Antes da indução anestésica**

presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico

O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento a seu consentimento?

☒ Sim

O local está demarcado?

☒ Sim☐ Não aplicável

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?

☒ Sim

O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?

☒ Sim

O paciente possui:

Alergia conhecida?

☒ Sim☐ Não

Via aérea difícil ou risco de aspiração

☒ Não☐ Sim, equipamentos/assistência disponíveisRisco de perda sanguínea > 500ml
(7ml/kg para crianças)?☒ Não☐ Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos**Antes da incisão cirúrgica**

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

☒ Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função☐ Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

☒ Sim☐ Não aplicável

Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:

☒ Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?☒ Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiológico:

☒ Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para equipe de enfermagem:

☐ Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?☒ Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?


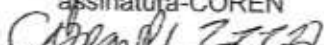
☒ Sim☐ Não aplicável**Antes da saída do paciente da sala cirúrgica**

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:

☒ O nome do procedimento☒ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas☐ A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)☒ Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:

☒ Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?
assinatura-COREN


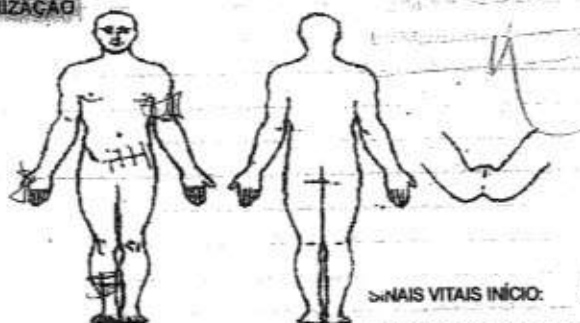
REGISTRO DE ENFERMAGEM

NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

Pac = Juliana Elaine Santos

CIRCULANTE <u>1</u>	SALA Nº
ENTRADA NA SO <u>11:00</u>	INÍCIO DA ANESTESIA <u>11:10</u>
SAÍDA DA SO	INÍCIO DA CIRURGIA <u>11:15</u>
TÉRMINO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA:	
CIRURGIA REALIZADA:	
CIRURGIÃO <u>Dr. Raquel</u>	ANESTESIOLOGISTA <u>Dr. Pedro</u>
ASSISTENTES: 1º	INSTRUMENTADOR
CRM	CRM

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

- ☒ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTODOS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 110x60 SATO 99% FC 71 bpm
SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 100x70 SATO 99% FC 72 bpm

TIPO DE ANESTESIA

- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX | <input type="checkbox"/> GERAL VENOSA | <input type="checkbox"/> GERAL |
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20 | <input type="checkbox"/> LOCAL | <input type="checkbox"/> PERIDURAL |
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIÉR JELCO Nº 2 | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR | <input type="checkbox"/> COM CATETER | <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL | <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+1) | <input type="checkbox"/> SEM CATETER | <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL |
| | <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA | <input type="checkbox"/> TÓPICA | |

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | <input type="checkbox"/> COM CUFF | <input type="checkbox"/> MÁSCARA LARÍNGEA Nº |
| | <input type="checkbox"/> SEM CUFF | <input type="checkbox"/> OUTRAS |

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL | <input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA | <input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO | <input type="checkbox"/> SENTADA | <input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG |
| <input type="checkbox"/> VENTRAL | <input type="checkbox"/> LITOTÔMICA | <input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO | <input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER | |

PREPARO DA PELE

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR | <input checked="" type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE | <input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA | <input checked="" type="checkbox"/> PVPI TÓPICO |
| | <input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO | <input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO | |
| | <input type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA | <input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM | |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL | <input type="checkbox"/> TRICOTOMIA | <input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG | <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl | <input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA | <input type="checkbox"/> MSD | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| | | <input type="checkbox"/> MSE | |

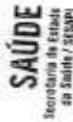
- | | | | | |
|---|--|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SONDA URETRAL Nº | <input type="checkbox"/> COLETOR | <input type="checkbox"/> UROSTOP | <input type="checkbox"/> AP BARBEAR _____ UND. | <input type="checkbox"/> SNG Nº |
| <input type="checkbox"/> SONDA FOLEY Nº | <input type="checkbox"/> LANCETA _____ UND | <input type="checkbox"/> SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº | <input type="checkbox"/> JELCO Nº | |

GARROTEAMENTO

- | | | |
|--|--|--|
| TIPO <input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH _____ UNID | <input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg | <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA |
| LOCALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> BRAÇO | <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO | <input type="checkbox"/> COXA |
| TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____ | <input type="checkbox"/> PANTURRILHA | |

SERVIÇOS SOLICITADOS

- | | | | |
|--|------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | LOCAL _____ Nº DE FRASCOS _____ |
| <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO | <input type="checkbox"/> RX | <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM | <input type="checkbox"/> OUTROS _____ NÃO SE APLICA |



Sistema
Único de
Saúde

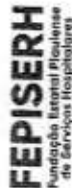
HRJL

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

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

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

[illegible]



Sistema
Único de
Saúde

HRJL

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

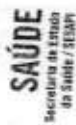
**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

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

[illegible]

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

PRONTUÁRIO	CLÍNICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MEICO ASSISTENTE	RELATÓRIO DE INFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
DATA/HORA/CODIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA						
01/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
02/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
03/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
04/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
05/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
06/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
07/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
08/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
09/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
10/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
11/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
12/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
13/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
14/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
15/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
16/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
17/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
18/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
19/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
20/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
21/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
22/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
23/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
24/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
25/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
26/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
27/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
28/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
29/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
30/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
31/10/19	De 15 em 15 min			69		RELATÓRIO DE INFERMAGEM	



Sistema
Único de
Saúde

HRJL

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

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

PRONTUÁRIO		CLÍNICA	ENFER. OU APT		LEITO	MÉICO ASSISTENTE
DATA/HORA/CODIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.				
30/09/19	# PASCEITE NECROSANTE					
	① Dieto oral livre					
	② Imipenem 1g + 100ml SF 0,9% EV 12h					
	③ Vancomicina 500mg + 100ml SF 0,9% EV 12h					
	④ Biperiden 1amp + AD EV 6h					
	⑤ Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8h					
	⑥ Rantidina 50mg + AD EV 8h					
	⑦ Plavil 1amp + AD EV 8h					
	⑧ Emolientes com sulfato de cálcio e óleo de girassol					
	⑨ Dimor 10mg/ml me + 5ml AN					
	Fazer 3ml EV 6h					
	⑩ SNU + CCG					



Sistema
Único de
Saúde

HRJL
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

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

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
DATA/HORA/CODIGO/	QUANT.			
23/09/19X1	Oliveiro	25	44	
# FASCEITE NECROMO SANTE				
1) Dito evol livre				
2) Imipenem 1g + 100ml SP 0,5% EV 12/12h				
3) Vancomicina 500mg + 100ml SP 0,5% EV 6/6h				
4) Diminuo 1amp + 50 EV 6/6h				
5) Tribazol 100mg + 100ml SP 0,5% EV 6/6h				
6) Quantidade no SOD + AD EV 8/8h				
7) Flonid 1amp + 50 EV 8/8h				
8) Cevetina com Sel/adaptado de				
9) Solutio de quetrol				
10) Solutio hemoglobina, Urtica, Creatinina, Ad + At				
11) SSVU + CCEP				
12) Diminuo 10mg/ml				
13) EV 6/6h				
14) 1ml + 9ml AD				
15) 1ml + 9ml AD				
16) 1ml + 9ml AD				
17) 1ml + 9ml AD				
18) 1ml + 9ml AD				
19) 1ml + 9ml AD				
20) 1ml + 9ml AD				
21) 1ml + 9ml AD				
22) 1ml + 9ml AD				
23) 1ml + 9ml AD				
24) 1ml + 9ml AD				
25) 1ml + 9ml AD				
26) 1ml + 9ml AD				
27) 1ml + 9ml AD				
28) 1ml + 9ml AD				
29) 1ml + 9ml AD				
30) 1ml + 9ml AD				
31) 1ml + 9ml AD				
32) 1ml + 9ml AD				
33) 1ml + 9ml AD				
34) 1ml + 9ml AD				
35) 1ml + 9ml AD				
36) 1ml + 9ml AD				
37) 1ml + 9ml AD				
38) 1ml + 9ml AD				
39) 1ml + 9ml AD				
40) 1ml + 9ml AD				
41) 1ml + 9ml AD				
42) 1ml + 9ml AD				
43) 1ml + 9ml AD				
44) 1ml + 9ml AD				
45) 1ml + 9ml AD				
46) 1ml + 9ml AD				
47) 1ml + 9ml AD				
48) 1ml + 9ml AD				
49) 1ml + 9ml AD				
50) 1ml + 9ml AD				
51) 1ml + 9ml AD				
52) 1ml + 9ml AD				
53) 1ml + 9ml AD				
54) 1ml + 9ml AD				
55) 1ml + 9ml AD				
56) 1ml + 9ml AD				
57) 1ml + 9ml AD				
58) 1ml + 9ml AD				
59) 1ml + 9ml AD				
60) 1ml + 9ml AD				
61) 1ml + 9ml AD				
62) 1ml + 9ml AD				
63) 1ml + 9ml AD				
64) 1ml + 9ml AD				
65) 1ml + 9ml AD				
66) 1ml + 9ml AD				
67) 1ml + 9ml AD				
68) 1ml + 9ml AD				
69) 1ml + 9ml AD				
70) 1ml + 9ml AD				
71) 1ml + 9ml AD				
72) 1ml + 9ml AD				
73) 1ml + 9ml AD				
74) 1ml + 9ml AD				
75) 1ml + 9ml AD				
76) 1ml + 9ml AD				
77) 1ml + 9ml AD				
78) 1ml + 9ml AD				
79) 1ml + 9ml AD				
80) 1ml + 9ml AD				
81) 1ml + 9ml AD				
82) 1ml + 9ml AD				
83) 1ml + 9ml AD				
84) 1ml + 9ml AD				
85) 1ml + 9ml AD				
86) 1ml + 9ml AD				
87) 1ml + 9ml AD				
88) 1ml + 9ml AD				
89) 1ml + 9ml AD				
90) 1ml + 9ml AD				
91) 1ml + 9ml AD				
92) 1ml + 9ml AD				
93) 1ml + 9ml AD				
94) 1ml + 9ml AD				
95) 1ml + 9ml AD				
96) 1ml + 9ml AD				
97) 1ml + 9ml AD				
98) 1ml + 9ml AD				
99) 1ml + 9ml AD				
100) 1ml + 9ml AD				

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

PRONTUÁRIO 70706 CLÍNICA CLÍNICA
DATA/HORA/ PRESCRIÇÃO MÉDICA QUANT.
CODIGO/ Foramite Neurotrans
28/08/2019 1. Dextrose
2. Sucrepina 10 + 10mg SF EV 12/12h
3. Vancomicina 500mg + 10mg SF EV 6/6h
4. Dipirona - 10mg + 10mg SF EV 6/6h
5. Dexametasona 10mg + 10mg SF EV 6/6h
6. Plavix - 10mg + 10mg SF EV 12/12h
7. SSVU + CCB
8. Antibio com sulbactam e pivlo

Dr. Justino Luz

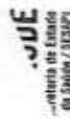
Justino Luz

Dr. Justino Luz

Dr. Justino Luz

CPA 4553

ENFERM. APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE	RELATORIO DE INFERMAÇÕES
04	69		HÓRARIO
			OBSERVAÇÕES
			09:00 Realizado curativo em f.o
			06 com presença de grande dor
			06 fúido nervoso mas fúido
			06 e grande quantidade de fúido
			06 ordenado, urato papaya
			06 de gástrico, hincubido fúido
			14:50h Verificado PA = 120/70 mmHg
			T = 39.4°C. hincubido fúido
			15:15h Verificado PA = 110/70 mmHg
			T = 36.7°C. hincubido fúido
			16:30h Verificado PA = 110/70 mmHg
			T = 36.7°C. hincubido fúido



Piauí
GOVERNO DO ESTADO



FEPISERH
Fundação Estatal Piaulense
de Serviços Hospitalares



Sistema
Único de
Saúde

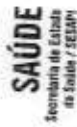
HERL

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO (L17)

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

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

[illegible]



Sistema
Único de
Saúde

HRJL

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LIPZ

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

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

[illegible]

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

[illegible]

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <i>Almeida, J. L. M.</i>				Nº DE REGISTRO			
DATA: <i>27/07</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORICÓIDES		OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICO			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO. UTO	500					
	SANGUE	400					
	OUTROS	300					
TEMPERATURA T	Cº	260				SEQUÊNCIA	
P. ARTERIAL V O PULSO	38	240					
INICIO E FIM ANESTESIA X	2	200					
INICIO E FIM OPERAÇÃO	180	160					
RESPIRAÇÃO O	140	120					
SÍMBOLOS		DURAÇÃO <i>140</i>			INCIDENTE / ACIDENTE		
TÉCNICAS <i>psle</i>							
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:							
PARTICULARIDADES							

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

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Yusseu Cleandro Santos Oliveira Prontuário:
D.N.: 31/05/95 Sexo: M F:
Procedimento Cirúrgico: LCM + desbrida Data Cirúrgica: 07/10/19
mento

Antes da indução anestésica

(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)

O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento a seu consentimento?

☒ Sim

O local está demarcado?

☒ Sim

☐ Não aplicável

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?

☒ Sim

O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?

☒ Sim

O paciente possui:

Alergia conhecida?

☐ Sim

☐ Não

Via aérea difícil ou risco de aspiração

☐ Não

☐ Sim, equipamentos/assistência disponíveis

Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)?

☐ Não

☐ Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos

Antes da incisão cirúrgica

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

☒ Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função

☒ Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não aplicável

Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:

☐ Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?

☐ Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiológico:

☐ Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para equipe de enfermagem:

☐ Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?

☐ Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?

☐ Sim

☐ Não aplicável

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:

☒ O nome do procedimento

☒ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas

☐ A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)

☐ Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos.

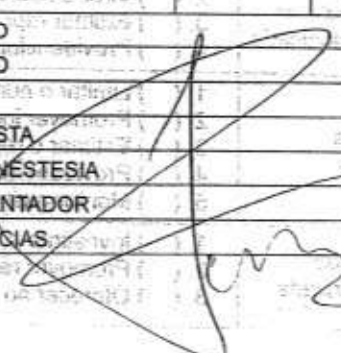

Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:

☐ Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?

assinatura-COREN

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
Yessica Elaine S. Oliveira				07/10/19		
PROCEDIMENTO				SALA		
LMC + desbridamento				2		
MATERIAL DE CONSUMO				APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML	QUANT.	UND.	TOTAL	ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/10 ML	2+2			BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML				ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input checked="" type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input checked="" type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12	3			ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA	3			USO DA SALA		
PI	300ml			INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE	1+1					
ATADURA COM CREPOM	3					
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA	1					
LIDOCAÍNA						
PROFANOL				OPERAÇÃO		
MIDAZOLAN				CIRURGIÃO		
DIAZEPAN				AUXILIAR		
TIOPENTAL				ANESTESISTA		
EFORTIL	2			TIPO DE ANESTESIA		
DIPIRONA				INSTRUMENTADOR		
CEFAZOLINA				OCORRÊNCIAS		
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
TAMINA K						
TAMINA A						
UCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE	6					
ESPARADRAPO	5pc					
LÂMINA DE BISTURI	1					
LUVA ESTÉRIL	1					
LUVA DE PROCEDIMENTO	3					
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	3+1					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE	1					
TNOXICAM						

MÉDICO: Raquel

ENFERMEIRA(O): Anage

TÉC. ENFER: elide

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS.URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORICÓIDES	ATARÁXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO ÀS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO. UTO SANGUE OUTROS					
TEMPERATURA T	Cº					
P. ARTERIAL V O PULSO	38					
INICIO E FIM ANESTESIA X						
INICIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
DURAÇÃO						
INCIDENTE / ACIDENTE						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:						
PARTICULARIDADES						

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

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Jessica Elaine S. Oliveira ☒ ☐ Prontuário: _____D.N.: 1 / 1 / Sexo: M F:Procedimento Cirúrgico: Resectomia de divertículo Data Cirúrgica: 06 / 10 / 19

Antes da indução anestésica

a presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico

O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento a seu consentimento?

☒ Sim

O local está demarcado?

☒ Sim☐ Não aplicável

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?

☒ Sim

O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?

☒ Sim

O paciente possui:

Alergia conhecida?

☐ Sim☒ Não

Via aérea difícil ou risco de aspiração

☒ Não☐ Sim, equipamentos/assistência disponíveis

Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)?

☐ Não☒ Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos

Antes da incisão cirúrgica

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

☒ Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função☒ Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

☐ Sim☐ Não aplicável

Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:

☐ Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?☐ Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiológico:

☐ Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para equipe de enfermagem:

☐ Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?☐ Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?

☐ Sim☐ Não aplicável

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:

☐ O nome do procedimento☐ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas☐ A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)☐ Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:

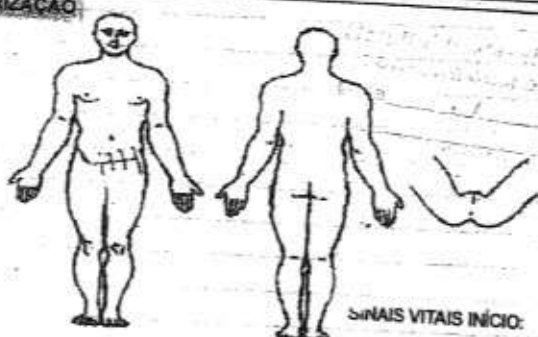
☐ Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?Rosilene Borges Ferreira
COREN-PI 1199864-TE

assinatura-COREN

Jessica Elaine S. Oliveira
REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE Roselma
ENTRADA NA SO _____ INÍCIO DA ANESTESIA: 12:35 SALA Nº 03
SAÍDA DA SO _____ TÉRMINO DA ANESTESIA _____ INÍCIO DA CIRURGIA 12:40
CIRURGIA PROPOSTA: _____ TÉRMINO DA CIRURGIA 13:15
CIRURGIA REALIZADA Farectomia na perna D
CIRURGIÃO Dr. Raquel ANESTESIOLOGISTA Dr. Henrique INSTRUMENTADOR _____
ASSISTENTES: 1º _____ CRM _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

- ☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
☐ ELÉTODOS
☐ INCISÃO CIRÚRGICA
☐ OXIMETRIA DE PULSO
☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 83/45 SATO 95 FC 118 bpm
SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 83/42 SATO 90 FC 89

TIPO DE ANESTESIA

- ☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO
☐ BLOQUEIO AXILAR
☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2
☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL
☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX
☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20
☐ BLOQUEIO PERIBULBAR
☐ GERAL COMBINADA (V+1)
☐ GERAL INALATÓRIA
☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL
☐ LOCAL
☐ PERIDURAL ☐ COM CATETER
☐ SEDAÇÃO ☐ SEM CATETER
☐ SEDAÇÃO + LOCAL ☒ TÓPICA Raquel
☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____ ☐ COM CUFF
☐ SEM CUFF
☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____
☐ OUTRAS _____

POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA

- ☒ DORSAL ☐ GINECOLÓGICA ☐ LATERAL ESQUERDO ☐ SENTADA ☐ TREDELEMBURG
☐ VENTRAL ☐ LITÔMICA ☐ LATERAL DIREITO ☐ SEMI-FOWLER

PREPARO DA PELE

- DEGRAMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR ☐ PVPI DEGERMANTE ☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA ☒ PVPI TÓPICO
☐ EQUIPE MÉDICA ☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO ☐ EQUIPE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ CATETERISMO VESICAL ☐ TRICOTOMIA ☐ PASSAGEM SNG ☐ ASPIRAÇÃO
☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl ☐ FUNÇÃO VENOSA ☐ MSD ☐ MSE ☐ OUTROS _____

- ☐ SONDA URETRAL Nº _____ ☐ COLETOR ☐ UROSTOP ☐ AP BARBEAR ☐ SNG Nº _____
☐ SONDA FOLEY Nº _____ ☐ LANCETA ☐ Sonda de Aspiração Nº _____ ☐ JELCO Nº _____

GARROTEAMENTO

- TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH ☐ UNID _____
LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO ☐ GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg ☐ NÃO SE APLICA
TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____ ☐ COXA ☐ PANTURRILHA

SERVIÇOS SOLICITADOS

- ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA ☐ NÃO ☐ SIM LOCAL _____ Nº DE FRASCOS _____
☐ LABORATÓRIO ☐ RX ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM ☐ OUTROS _____

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE <i>Jessica Elaine Santos Oliveira</i>				DATA <i>06/10/19</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>2ml + Fasciotomia perna D</i>				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO				APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML (3 ML)	QUANT.	UND.	TOTAL	ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/10 ML	<i>01</i>			BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML	<i>01/03</i>			ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12	<i>03</i>			ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO	<i>05</i>			STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA	<i>05</i>					
PVPI + <i>triquo</i>	<i>100ml</i>					
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
BOCA COM DEGERMANTE	<i>04</i>					
ATADURA COM CREPOM <i>15 cm</i>	<i>04</i>					
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR	<i>01</i>					
DIMORF	<i>01</i>					
NEOCAÍNA PESADA	<i>01</i>					
LIDOCAÍNA	<i>01</i>					
PROFANOL	<i>03</i>	<i>ml</i>				
MIBAZOLAN <i>midazolam</i>	<i>01</i>					
DIÁZEPAN <i>diazepam</i>	<i>01</i>					
TIOPENTAL						
EFORTIL	<i>01</i>					
DIPIRONA						
CEFAZOLINA						
FENTANIL	<i>05 ml</i>					
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
CLOTOCINA						
THERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE <i>mc</i>	<i>10</i>					
ESPARADRAPO	<i>0,80</i>	<i>cm</i>				
LÂMINA DE BISTURI <i>nº 24</i>	<i>02</i>					
LUA ESTÉRIL <i>70/175</i>	<i>02/02</i>	<i>paros</i>				
LUA DE PROCEDIMENTO	<i>04</i>	<i>paros</i>				
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	<i>8</i>					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE	<i>01</i>					
TNOXICAM						

MÉDICO:

ENFERMEIRA *Rosilene Borges Ferreira*

TÉC. ENFER.: *COREN-PI 1199864-TE*

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:					Nº DE REGISTRO	
DATA: 6/10/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO						
SISTEMA RESPIRATÓRIO						
SISTEMA DIGESTIVO						
ESTADO MENTAL						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO. UTO				
TEMPERATURA T		Cº				
P. ARTERIAL V O PULSO		38				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS RV FC = 101						
TÉCNICAS					INCIDENTE / ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:						
PARTICULARIDADES						

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

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Jamira Glaucia Santos Oliveira

Prontuário: _____

D.N.: ____/____/____ Sexo: M ☒Procedimento Cirúrgico: Curetagem MID Data Cirúrgica: 12 / 10 / 19

Antes da indução anestésica

(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)

O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento a seu consentimento?

☒ Sim

O local está demarcado?

☐ Sim☒ Não aplicável

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?

☒ Sim

O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?

☒ Sim

O paciente possui:

Alergia conhecida?

☒ Sim☐ Não

Via aérea difícil ou risco de aspiração

☒ Não☐ Sim, equipamentos/assistência disponíveis

Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)?

☒ Não☐ Sim, e 2 acessos intravenosos ou 01 acesso central e fluidos previstos

Antes da incisão cirúrgica

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

☒ Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função☒ Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

☐ Sim☒ Não aplicável

Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:

☒ Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?☒ Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiológico:

☐ Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para equipe de enfermagem:

☒ Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?☐ Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagem essenciais estão disponíveis?

☒ Sim☐ Não aplicável

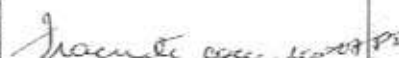
Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:

☐ O nome do procedimento.☒ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas☒ A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)☒ Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:

☐ Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?
assinatura-COREN

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE Envelado

ENTRADA NA SO _____ INÍCIO DA ANESTESIA: _____ SALA Nº _____

SAÍDA DA SO _____ TÉRMINO DA ANESTESIA _____ INÍCIO DA CIRURGIA _____

CIRURGIA PROPOSTA: Circulação TÉRMINO DA CIRURGIA _____

CIRURGIA REALIZADA Circulação

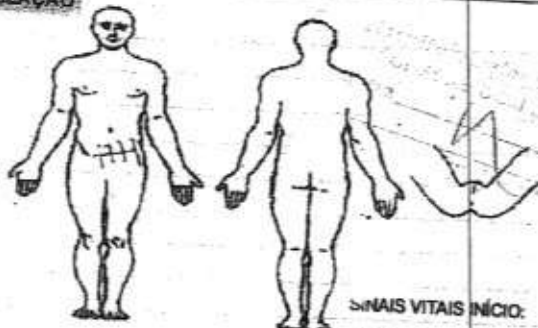
CIRURGIÃO Dr. Juary

ANESTESIOLOGISTA Dr. Danilo

ASSISTENTES: 1º _____ INSTRUMENTADOR _____

CRM _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

- ☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTROS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA _____ SATO _____ FC _____

SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA _____ SATO _____ FC _____

TIPO DE ANESTESIA

- ☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO
- ☐ BLOQUEIO AXILAR
- ☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2
- ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL
- ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX
- ☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20
- ☐ BLOQUEIO PERIBULBAR
- ☐ GERAL COMBINADA (V+1)
- ☐ GERAL INALATÓRIA
- ☐ GERAL VENOSA
- ☐ LOCAL
- ☐ PERIDURAL
- ☐ SEDAÇÃO
- ☐ SEDAÇÃO + LOCAL
- ☐ TÓPICA
- ☐ COM CATETER
- ☐ SEM CATETER

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____

☐ COM CUFF
☐ SEM CUFF

☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____

☐ OUTRAS _____

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA

- ☒ DORSAL
- ☐ VENTRAL
- ☐ GINECOLÓGICA
- ☐ LITOTÔMICA
- ☐ LATERAL ESQUERDO
- ☐ LATERAL DIREITO
- ☐ SENTADA
- ☐ SEMI-FOWLER
- ☐ TRENDELEMBURG

PREPARO DA PELE

- DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR
- ☐ PVPI DEGERMANTE
- ☐ PVPI ALCOOLICO
- ☐ EQUIPE MÉDICA
- ☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA
- ☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO
- ☐ EQUIPE ENFERMAGEM
- ☐ PVPI TÓPICO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ CATETERISMO VESICAL
- ☐ TRICOTOMIA
- ☐ PASSAGEM SNG
- ☐ FUNÇÃO VENOSA
- ☐ MSD
- ☐ MSE
- ☐ ASPIRAÇÃO
- ☐ OUTROS _____

☐ SONDA URETRAL Nº _____

☐ SONDA FOLEY Nº _____

☐ COLETOR ☐ UROSTOP

☐ LANCETA

UND _____

☐ AP BARBEAR

UND _____

☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____

☐ SNG Nº _____

☐ JELCO Nº _____

GARROTEAMENTO

- TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH UNID _____
- LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO
- TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____
- ☐ GARROTE PNEUMÁTICO mmHg _____
- ☐ COXA ☐ PANTURRILHA

SERVIÇOS SOLICITADOS

- ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA
- ☐ LABORATÓRIO
- ☐ RX
- ☐ NÃO
- ☐ SIM
- ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- ☐ LOCAL
- ☐ OUTROS _____
- Nº DE FRASCOS _____

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

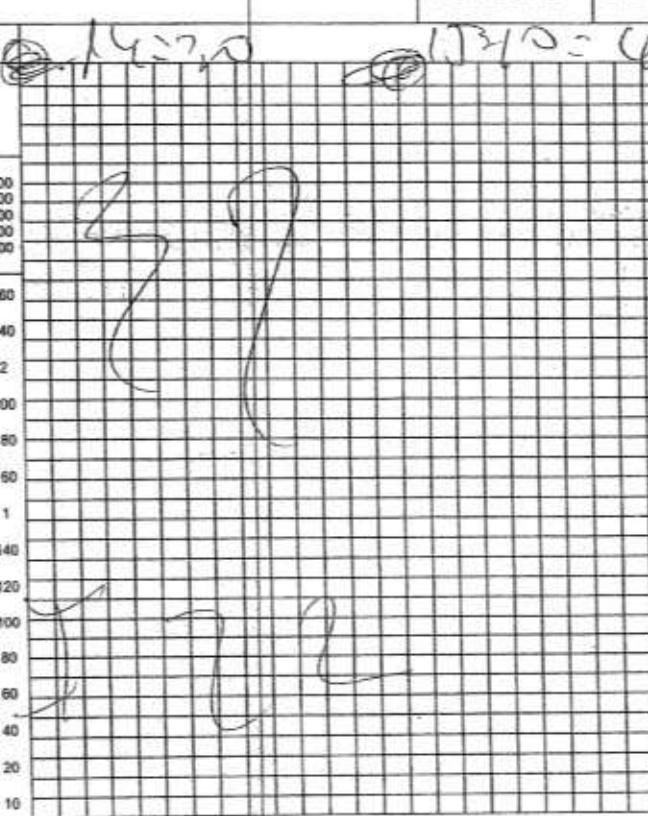
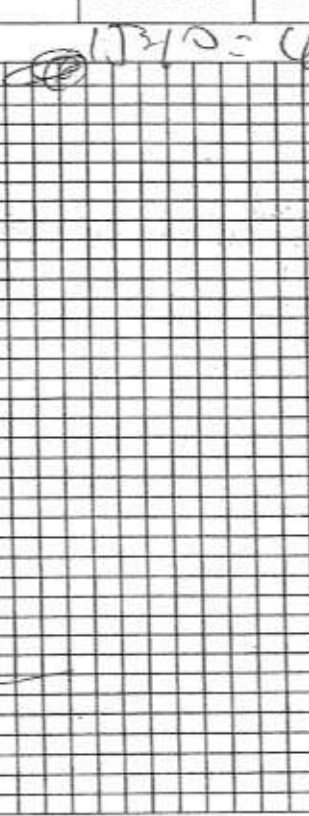
FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
Jeniffer Elaine Santos				11/10/19		
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO		QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM	
SERINGA 1 ML 3 ML					ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>
SERINGA 5 ML/10 ML	01				BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>
SERINGA 20 ML					ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>
KIT ACESSO CENTRAL					AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>
SONDA DE ASPIRAÇÃO					INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>
AGULHA 40X12					ULTRASSON	<input type="checkbox"/>
ALGODÃO					STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>
ÁGUA DESTILADA					USO DA SALA	
PVPI					INÍCIO	TÉRMINO DURAÇÃO
SONDA VESICAL					14:30	17:10 2:40
COLETOR DE URINA					OPERAÇÃO	curativo MED
ESCOVA COM DEGERMANTE					CIRURGIÃO	Dr. Juary
ATADURA COM CREPOM 20cm	10				AUXILIAR	
ATADURA GESSADA					ANESTESISTA	Dr. Danilo
ATROPINA					TIPO DE ANESTESIA	Raque
KETALAR					INSTRUMENTADOR	
DIMORF					OCORRÊNCIAS	
NEOCAÍNA PESADA	01					
LIDOCAÍNA						
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIASEPAN Alginato de cálcio	01					
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFALOXINA						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE						
ESPARADRAPO	40cm					
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL 7,5 par	02					
LUVA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	3000ml					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
QUIPO	01					
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM						

MÉDICO: Dr. Juary
ENFERMEIRA(O): Paulina
Téc. ENFER.: Genivaldo

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <u>Leandro R. L. F. Silva</u>		Nº DE REGISTRO: <u>01</u>				
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORICÓIDES	ATARÁXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO ÀS	EFEITOS
					TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					
LÍQUIDOS	SO. UTO SANGUE OUTROS					
TEMPERATURA T	Cº					
P. ARTERIAL V O PULSO	38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO <u>100</u>	
TÉCNICAS <u>intubação</u>					INCIDENTE / ACIDENTE	
OPERAÇÕES <u>angioplastia</u>						
CIRURGIÕES <u>Dr. J. L. F. Silva</u>						
ANESTESISTAS <u>Dr. J. L. F. Silva</u>						
PARTICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:	

DATA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO
26.09.19	Visita para acolhimento hospitalar e apoio social.
	Mayara Francellino S. de S. Silva Assistente Social CRESS-PI 4460 - 22ª Região
27.09	Apoio Social aos familiares.
	Érica Silva Leal Assistente Social CRESS: 4618-22ª RG/PF CRESS: 4618
10.10.19	Atualizado cadastro junto a CERH sus. Ligado por Sr. José Ayton.
	Mayara Francellino S. de S. Silva Assistente Social CRESS-PI 4460 - 22ª Região
11/10/19	CR CERH reparou xerico para HUT - ID 94970, HUT - 798901936.
	Mayara de Sousa Moura Santana Assistente Social CRESS - PI 4136 - 22ª Região


















SAÚDE
Secretaria de Estado
da Saúde / FICSAFEPISERH
Federação Estadual
de Serviços HospitalaresSUS
Sistema
Único de
Saúde

HRJL

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos-PI

ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO


NOME DO PACIENTE		Jéssica Elaine Santo Oliveira	
ALA:	ENFERMARIA:	LEITO:	PRONTUÁRIO Nº:
DATA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO		
23/09/19	Atendimento nutricional realizado 		
24/09/19	Atendimento nutricional realizado 		
25/09/19	Atendimento nutricional realizado 		
26/09/19	Atendimento nutricional realizado 		
27/09/19	Atendimento nutricional realizado 		
28/09/19	Atendimento nutricional realizado 		
29/09/19	Atendimento nutricional realizado 		
30/09/19	Atendimento nutricional realizado 		
01/10/19	Atendimento nutricional realizado 		
02/10/19	Atendimento nutricional realizado 		
03/10/19	Atendimento nutricional realizado 		
04/10/19	Atendimento nutricional realizado 		
05/10/19	Atendimento nutricional realizado 		
06/10/19	Atendimento nutricional realizado 		
07/10/19	Atendimento nutricional realizado 		
08/10/19	Atendimento nutricional realizado 		
09/10/19	Atendimento nutricional realizado 		

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>Isaac Thom Santos</i>		IDADE:
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:
MÉDICO ASSISTENTE:		
ANTIBIÓTICO SOLICITADO (POSOLOGIA): <i>Clindamicina 600mg 4x/dia</i>		
DURAÇÃO DO TRATAMENTO: <i>Oxacina 500mg 6/6h</i>		
JUSTIFICATIVA: <i>Femur infectado</i>		
ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS:		PERÍODO:

FUNÇÃO RENAL NORMAL?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
FUNÇÃO HEPÁTICA NORMAL?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
REALIZOU CULTURA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO:		

ANTIBIOGRAMA	 Dr. Cassiano Casiano Nogueira CIRURGIÃO GERAL CRM 10407/RQE: 2450
SENSÍVEL A:	
RESISTENTE A:	

DATA: ____/____/____

MÉDICO CARIMBO

PARECER DA CCIH: _____

DATA: ____/____/____

CCIH

DATA: ____/____/____

CCIH

**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: E0129555



EXTERNO

Coletado:

Data: 19/09/2019

Paciente: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Médico(a): HELDO JOSE DE MURA DOS ANJOS

Convênio: SUS

Leito: Enfermaria:

Sexo: FEMININO

Idade: 24 A, 4 M, 17 D

Impresso: 19/09/2019

CREATININA

Material:

Método:

RESULTADO

0,62 mg/dl

SORO: 0,4 A 1,3 mg/dl

OBSERVAÇÃO GERAL:

POTASSIO

Material: SORO

Método: ION SELETIVO

RESULTADO

4,3 UI

4,5 a 5,5

OBSERVAÇÃO GERAL:

SÓDIO

Material: SORO

Método: ION SELETIVO

RESULTADO

138 UI

130 A 145

OBSERVAÇÃO GERAL:

UREIA

Material:

Método:

RESULTADO

10 mg/dl

15 A 40

OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado: 13:43:00 Liberado: 15:19:06

2336-GRASIELLY ROCHA SOUZA BARROS

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

Grasielly Rocha Souza Barros
FARMACÊUTICA GENERALISTA
CRF-PI 2336



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: E0129555



EXTERNO

Coletado:

Data: 19/09/2019

Paciente: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Médico(a): HELDO JOSE DE MURA DOS ANJOS

Convênio: SUS

Leito: Enfermaria:

Sexo: FEMININO

Idade: 24 A, 4 M, 17 D

Impresso: 19/09/2019

HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

3,89 milhões/mm³

4,5 a 5,9 milhões/mm³

HEMOGLOBINA

12,1 g%

12,0 a 17,5 g%

HEMATÓCRITO

35,0 %

40 a 52 %

VCM

89,97 u³

80 a 100 u³

HCM

31,11 pg

26 a 34 pg

CHCM

34,57 %

31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

13,600 mm³

4.500 a 11.000 /mm³

MIELÓCITOS

00 %

0

METAMIELÓCITOS

00 %

0

BASTONETES

01 %

0,136

0 a 1 % Até 100 /mm³

SEGMENTADOS

81 %

11,016

0 a 4 % Até 400 /mm³

BASÓFILOS

00 %

0

36 a 66 % 2000 a 7500 /mm³

EOSINÓFILOS

00 %

0

0 a 1 % Até 100 /mm³

LINFÓCITOS

10 %

1,36

0 a 4 % 100 a 400 /mm³

MONÓCITOS

08 %

1,088

20 a 40 % 900 a 4400 /mm³

LINFÓCITOS ATÍPICOS

0 %

0

2 a 8 % 200 a 800 /mm³

CONTAGEM GERAL

100,00

100%

PLAQUETAS

250.000 /mm³

150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado: 19/09/2019 - 13:43:00

Liberado: 19/09/2019 - 14:21:00

Grasielly Rocha Souza Barros
FARMACÊUTICA GENERALISTA
CRF-PI 2336

2336-GRASIELLY ROCHA SOUZA BARROS

Data: 09/09/19

☐ DOM ☒ SEG ☐ TER ☐ QUA ☐ QUI ☐ SEX ☐ SÁB

 N° do Chamado _____ Acio: 05h Saída PA: 07h Chegada ao local: 08h Saída do local: 00h
 Chegada Destino: 00h Saída Destino: 05h Chegada à base: 00h

Nome: Joice da Silva dos Santos Oliveira Sexo: () M (X) F Idade: 24

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

 Antecedentes Patológicos:
 () HAS () DM () IRA () IRC () Cardiopatias () Respiratórios () Neurológicos () Tabagista () Alcoolismo Outras: _____

Alergias: NADA Medicamentos em uso: _____

ESTADO GERAL

 () Hidratado
 () Desidratado
 (X) Normocorado
 () Hipocorado
 () Cianose
 () Edema

 Nível de consciência:
 (X) Consciente
 () Inconsciente
 () Orientado
 () Desorientado
 () Sedado
 () Letárgico

 Resposta Motora:
 () Paresia
 () Parestesia
 () Plegia
 Local: _____

NEUROLÓGICO

 Avaliação pupilar:
 (X) Isocóricas
 () Anisocóricas
 () Fotorreagentes
 () Mióticas
 () Midríaticas
 () Não reagente

 Escala de Coma de Glasgow
 Abertura Ocular: (4)
 Melhor resposta verbal: (5)
 Melhor resposta motora: (6)

Total: 15

OXIGENAÇÃO / RESPIRAÇÃO

 Padrão Respiratório:
 () Eupneico
 () Dispneico
 () Bradipneico
 () Taquipneico
 Em uso de:
 (X) Ar ambiente
 () M. Venturi
 () Cateter nasal
 () IOT
 () VM:
 PEEP: _____ FIO2: _____ SatO2: _____ Modo: _____

CIRCULAÇÃO

 (X) Normocárdico
 () Bradicárdico
 () Taquicárdico
 Enchimento capilar:
 () ≤ 2 Seg. () > 2 Seg
 Pulso:
 () Rítmico
 () Filiforme
 () Arritmico
 () Cheio
 () Ausente

GASTROINTESTINAL

 () SNG/SOG
 () SNE/SOE
 () VO
 () Gavagem
 () Êmese
 Evacuações:
 () Presente () Ausente

ABDOMINAL

 () Normal
 () Tenso
 () Globoso
 () Distendido

SSVV

 PA: _____ mmHg FR: _____ irpm
 FC: 88 bpm TA: _____ °C
 HGT: _____ ml/dl SatO2: 96 %

URINÁRIO

 () Espontânea () Hematúria
 () Anúria () Oligúria
 () Poliúria () SVD. VL: _____
 () Disúria

DIAG. DE ENFERMAGEM

 (X) Integridade da pele prejudicada
 () Padrão respiratório ineficaz
 () Perfusão tissular periférica ineficaz
 (X) Risco de infecção
 () Ansiedade
 () Débito Cardíaco diminuído
 () Risco de aspiração
 () Dor aguda
 () Risco de glicemia instável
 () Risco de choque
 () Risco de hipotermia
 () Confusão aguda
 () Risco de trauma
 () Envenenamento

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

 (X) Realizar curativo em lesão de pele
 () Comunicar desconforto; respiratório, utilização de musculatura acessória, batimento de asa de nariz; Ofertar oxigenoterapia umidificada.
 () Monitorar presença de cianose de extremidades e manter membros aquecidos
 () Comunicar presença de sinais flogísticos em inserção de cateteres e dispositivos invasivos, Higienização das mãos.
 (X) Orientar todos procedimentos para o paciente antes de cada execução
 () Comunicar se PAS ≤ 90mmHg ou ≥ 180mmHg, Comunicar se FC ≤ 60bpm ou ≥ 120bpm
 () Realizar aspiração de vias aéreas superiores e inferiores
 () Assegurar e testar permeabilidade dos acessos venosos
 () Verificar HGT e Comunicar presença de hiperglicemia ou hipoglicemia
 () Avaliar/Monitorar nível de consciência /nível de sedação
 () Aspirar vias aéreas S/N
 () Realizar medidas preventivas contra hipotermia
 () Realizar sondagem nasogástrica
 () Realizar lavagem gástrica conforme prescrição médica

HORÁRIO

Outros: _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de capotamento (acidente) ocorrido na rua da Municipalidade apresentando lesões com perda de sangue em MMII + lesões em MMIS, face, e dor no tórax, apresentando hipoxia de 88%, hta 140/90mmHg.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



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

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P0681315
Data: 17/09/2019
Funcionario: CAROLINE

Registro: 308061
Hora: 16:31:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 121

SUS

JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Nasc.: 31/05/1995 Idade: 24 A, 4 M, 17 D

End.: FREI IBIAPINO, 41 -

IBGE: 2208007 Cor: PARDA

Telefone: () -

Profissão: DOMESTICA

Bairro: CENTRO

Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA

Celular: (89) 9942-3205

CPF: - RG: 3913631 - SUS: 702008369061983

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64600-000

Cidade: PICOS/PI

Pai: FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA

Clínica: **ACOLHIMENTO**

Documento: 355436 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 120 X 70 mmHg

Responsável: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA - O MESMO

Procedimentos

223505

17/09/2019 16:31 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não Urgente

☒ Sem

☐ Vermelho - Emergência

☐ Amarelo - Urgente

Queixa principal: DOR NA PERNA INCHACO devido acidente ocorrido há 04 dias. Nega alergias
medicamentosas.

JE

Exame clínico/físico:

IBGE

Tele

Diagnostico provavel:

Medicação:

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 27/10/2019

☐ NOTIFICAR?

Ass. Técnico

Procedimentos/exames realizados:

DI

Pr

DI

Dr. Kassiano Caetano Nogueira
Cirurgião Geral
CRM-150005-2458

Vivianny Cristina S. Brito
Enferm-Pi 478442 ENF

355436 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA

25/09/59
09 H.

Paciente com prurito extenso em todo o
corpo de origem histérica e avalue o fato em relação ao
de desenvolvimento.
Sem queixas no momento

23/10/59

Paciente com prurito extenso em todo o
corpo de origem histérica e com queixa de dores
nos membros

D: P. Guerra de Arborescência

CRM - PI 1701
Márcio R. Pereira

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL

Data 24/10/59

Fim

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Jessica Elane Santos Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

0204738

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.913.631 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/06/13

NOME JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA.

FILIAÇÃO MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA
FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA

NATURALIDADE PICOS-PI DATA DE NASCIMENTO 31/05/1995

DOC. ORIGEM MATRÍCULA: CERT.NASC.
07897202511995100024210002811660

CPF EXP PICOS-PI 14/06/13

TERESINA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

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

ENDEREC: FARA



REMETENTE: JESSICA ELANE DOS SANTOS OLIVEIRA

CIDADE: PICOS-PI

BAIRRO: *Confins*

NUMERO: 0412

CEP: 601-600-0116



[ETIQUETA OU CARIMBO MP]

Correios

Date: ____/____/____ Signature: _____

[illegible]



Correios REGISTRADO URGENTE
registered priority

Assinatura _____
Data _____

AR MP

FEED (m)

JU 75505056 1 BR



DESTINATARIO: GENTE SEGURADORA

ENDEREÇO: Coelho de Resende, 465 - sala c

Bairro: Centro (Sul)


Cidade: Teresina - PI

Cep: 64000-370

AN

TELEPHONE/Phone number	
UF / State	PAIS / Country

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397095/19

Vítima: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

CPF: 072.608.933-89

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA : 072.608.933-89

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/11/2019
Nome: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA
CPF: 072.608.933-89

JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190634575 **Cidade:** Geminiano **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190634575 **Cidade:** Geminiano **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397095/19

Vítima: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

CPF: 072.608.933-89

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA : 072.608.933-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/11/2019
Nome: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA
CPF: 072.608.933-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397095/19

Número do Sinistro: 3190634575

Vítima: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

CPF: 072.608.933-89

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 09/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/11/2019
Nome: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA
CPF: 072.608.933-89

JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190634575 Vítima: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

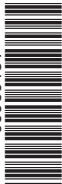
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as informações.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634575

Vítima: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634575

Vítima: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 072.608.933-89 4 - Nome completo da vítima: Jussara Elaine Santos Oliveira

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

5 - Nome completo: Jussara Elaine Santos Oliveira 6 - CPF: 072.608.933-89
7 - Profissão: autônoma (vendedora) Rua Frei Damião 8 - Endereço: 9 - Número: 411 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Picos 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.600-046
15 - E-mail: Diagogurico2@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (89) 9460-0757

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0639 033 CONTA: 00131846 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Picos-PI, 04/11/2019

x Jussara Elaine Santos Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

CAIXA

POUPANÇA



5067 2251 1737 2450

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

JESSIVA ELANE S OLIVEIRA

0639 013 00131846-9

elo



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

559523-1

PROTOCOLO: Nº 19049056B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045717, Policial Rodoviário Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B74AA8E6AA7A61DE622AF577F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19049056B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 09/09/2019 Hora: 22:30 Município: GEMINIANO/PI
BR: 407 KM: 428,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: RAIMUNDO VIANA ALVES, 3045717

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Marginal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Curva
Acostamento: Não
Condição meteorológica: Céu Claro

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Não
Canteiro Central: Não
Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 09/09/2019, por volta das 22:30, no km 428 da BR-407, em GEMINIANO-PI, ocorreu um acidente do tipo SAÍDA DE PISTA, com 03 feridos leve. Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que o V1, de placas EPU-8058 e semi-reboque de placa EPU-8059 trafegava na faixa de trânsito do sentido decrescente da rodovia, quando perdeu o controle do veículo, saiu da rodovia e capotou lateralmente repousando, o tracionador na posição normal e o tracionado na posição lateral as margens da rodovia, O condutor de V1 se encontrava no local à espera da equipe PRF, enquanto os passageiros foram socorridos pelo SAMU para o Hospital Regional Justino Luz em PICOS-PI em virtude das lesões leves que sofreram A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a falta de atenção do condutor de V1 Observações: O local do acidente estava desfeito e o veículo fora da pista de rolamento. O local apresenta sinalização horizontal e vertical preservadas.



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045717, Policial Rodoviário Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AA8E6AA7A61DE622AF577F

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

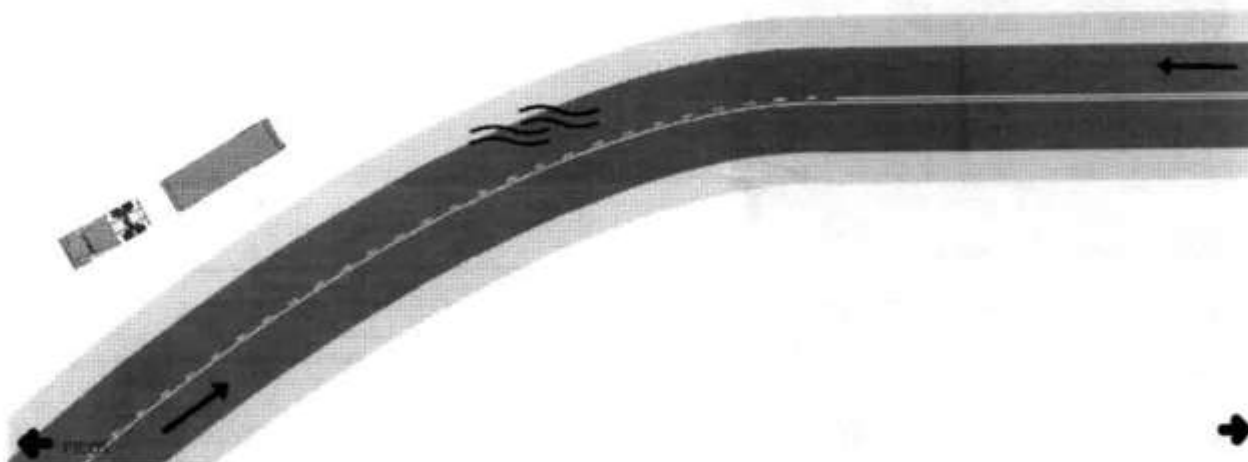


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19049056B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Salida de leito carroçável	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS

Ao Patrimônio da União: DEFENSAS METÁLICAS(GUARD RAILS) AO LONGO DA VIA.

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045717, Policial Rodoviário Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea f) do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AA8E6AA7Ab1DE622AF577F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19049056B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - EPU8058 - CAMINHÃO-TRATOR

V1 - Informações

Placa: EPU8058 Marca/modelo: IVECO/STRALIS 600S40T
Ano fabricação: 2012 Chassi: 93ZM2SSH0D8820365

Renavam: 00479933146

Tipo de veículo: Caminhão-
trator

Espécie: Tração Categoria: Aluguel
Manobra no momento do acidente: Saindo da via

Cor: Branca

V1 - Cronotacógrafo

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

Presente: Inacessível

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045717, Policial Rodoviário Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AABE6AA7A61DE622AF577F

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19049056B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / IVECO/STRALIS 600S40T

Placa: EPU8058

Nº BOAT: 19049056B01

Nome do Agente:

Matrícula do Agente: 3045717

Data: 09/09/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Montagem: Média



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045717, Policial Rodoviário Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AA8E6AA7A61DE622AF577F

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19049056B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FRENTE



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045717, Policial Rodoviário Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AABE6AA7A61DE622AF577F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19049056B01

V1 - Proprietário

Nome: TRANSPORTADORA JUNIOR JULI LTDA
Email:
Endereço: JAGUARIUNA-SP

CPF/CNPJ: 01.305.338/0001-14
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - CLEBER DE SOUSA MONTELO

V1C - Informações

Nome: CLEBER DE SOUSA MONTELO
CPF: 710.196.851-15
Estado físico: Lesões Leves
Informações complementares: CONDUTOR, VEÍCULO E CARGA PERMANECERAM NO LOCAL DE ACIDENTE APÓS O ENCERRAMENTO DO ATENDIMENTO.

Data de Nascimento: 21/09/1980
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AE
UF: TO
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 11/08/1999
Vencimento da habilitação: 03/04/2024

Nº Registro: 00766980107
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Sim
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: WALDIR LINS, 395, CENTRO, PARAISO DO TOCANTINS-TO
Telefone:

Email:

V1C - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por: matrícula 3045717, Policial Rodoviária Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AA8E6AA7A61DE622AF577F

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19049056B01

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - Não Identificado

V1P1 - Informações

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Informações complementares: VÍTIMA IDENTIFICADA APENAS COMO JÉSSICA ELANE DOS SANTOS OLIVEIRA

V1P1 - Dados do Contato

Endereço:

Email:

Telefone:

V1P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: HOSPITAL REGIONAL DE PICOS

V1P2 - PASSAGEIRO 2 DO V1 - Não Identificado

V1P2 - Informações

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Informações complementares: VÍTIMA IDENTIFICADA APENAS COMO MARCELMA ARAÚJO BARBOSA

V1P2 - Dados do Contato

Endereço:

Email:

Telefone:

V1P2 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: HOSPITAL REGIONAL DE PICOS

TRACIONADO (REBOQUE/SEMI-REBOQUE E OUTROS) DO VEÍCULO 1 - V1R1 - EPU8059

V1R1 - Informações

Placa: EPU8059

Marca/modelo: SR/IBIPORA SR3E FRIG

Renavam: 00479876215

Ano fabricação: 2012 Chassi: 9A9CFF393C1DV8460

Tipo de veículo: Semireboque

Espécie: Carga Categoria: Aluguel

Cor: Preta

Manobra no momento do acidente:



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045717, Policial Rodoviário Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AABE6AA7A61DE622AF577F

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19049056B01

V1R1 - Proprietário

Nome: TRANSPORTADORA JUNIOR JULI LTDA
Email:
Endereço: JAGUARIUNA-SP

CPF/CNPJ: 01.305.338/0001-14
Telefone:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045717, Policial Rodoviária Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AA8E6AA7A61DE822AF577F

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19049056B01

V1R1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1R1 / SR/IBIPORA SR3E FRIG

Placa: EPU8059

Nº BOAT: 19049056B01

Nome do Agente:

Matrícula do Agente: 3045717

Data: 09/09/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M	X		
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045717, Policial Rodoviária Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoboat/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AA8E6AA7A61DE622AF577F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19049056B01

V1R1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045717, Policial Rodoviário Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AA8E6AA7A61DE622AF577F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19049056B01

V1R1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045717, Policial Rodoviário Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobell/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AA8E6AA7A61DE632AF577F.

191



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

288 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 224789.000108/2019-58

Unidade de Registro: 2º DP DE PICOS

Resp. pelo Registro: Amadeu Leopoldino Dantas Filho

Data/Hora: 16/11/2019 - 13:11

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE GEMINIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

GEMINIANO

Endereço

BR - 407 KM 428,0 SENTIDO DECRESCENTE, Nº: S.N

Complemento

Data/Hora

09/09/2019 - 22:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

268 v. 1.1

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JESSICA ELAINE SANTOS OLIVEIRA

RG: 3.913.631 SSP PI

Mãe: MARIA DO SOCORRA SANTOS SILVA

Pai: FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA

Endereço: RUA FREI IBIAPINA, Nº 41

Bairro: CENTRO

Cidade: PICOS

Telefone(s): 89-9460-0657

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Capotamento ou Tombamento de veículo(s) sem vítima.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - OUTRAS. OUTROS

Condutor: CLEBER DE SOUSA MONTELO

RG: 293106 Órgão: SSP UF RG: TO

End: RUA DR. VELDILINS Número: 395 Complemento: CENTRO

Cidade: OUTRAS UF: TO Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: TRANSPORTADORA JUNIOR JULI LTDA

End: JAGUARIUNA - SP CNPJ 01.305.338/0001-14 Número:

Cidade: OUTRAS UF: Bairro:

EPU8059

9A9CFF393C1DV8460

00479876215

Preta

Ponto de Referência

DECLAROU QUE NO DIA 09/09/2019, POR VOLTA DAS 22:30 HORAS, EM GEMINIANO - PI, ANDAVA DE CARONA NO VEÍCULO DE PLACA EPU-8058, E SEMI-REBOQUE DE PLACA EPU-8058, CONDUZIDO PELO NACIONAL CLEBER DE SOUSA MONTEIRO, CPF Nº 710.196.851-15, DE PROPRIEDADE DA TRANSPORTADORA JUNIOR JULI LTDA CNPJ: 01.305.338/0001-14, QUE TRAFEGAVA NA FAIXA DE TRÂNSITO NO SENTIDO DECRESCENTE DA RODOVIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, SAIU DA RODOVIA E CAPOTOU LATERALMENTE NAS MARGENS DA RODOVIA; QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ EM PICOS - PI, EM VIRTUDE DAS LESÕES LEVES SOFRIDAS, ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Amadeu Leopoldino Dantas Filho - Mat.
AGENTE DE POL

JESSICA ELAINE SANTOS OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Renavam:

Cor:

00479876215

Preta

Página 1/1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 072.608.933-99 4 - Nome completo da vítima: Jussara Elaine Santos Oliveira

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

5 - Nome completo: Jussara Elaine Santos Oliveira 6 - CPF: 072.608.933-99
7 - Profissão: autônoma (estudante) 8 - Endereço: Rua Frei Leopoldo 9 - Número: 41 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Picos 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.600-046
15 - E-mail: jussaraoliveira2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (89) 9460-0757

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0639 033 CONTA: 00131846 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Picos-PI, 04/11/2019

x Jussara Elaine Santos Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS