

Controle de do x Audiências x Upload x Tribunal de Jus x PJ Acesso 1º Grau x PJ Consulta proci x PJ 0803677-67.20 x Compress PDF x +

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=392098&ca=a78c8084395d0324641293b97800bdb4017e...

Apps Processo Virtual Na... sAdministrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJ 1º Publicações

**PJ** ProceComCiv 0803677-67.2019.8.18.0032  
JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO S...

9033332 - CONTESTAÇÃO (2707325 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 30/03/2020 10:28:36

30 Mar 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9033329 - CONTESTAÇÃO
  - 9033332 - CONTESTAÇÃO (2707325 CONTESTACAO 01)
  - 9034004 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (1 2707325 CONTESTACAO Anexo 02 web)
  - 9034005 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2 2707325 CONTESTACAO Anexo 02 web)
  - 9033341 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 9033342 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
  - 9033893 - PROCURAÇÕES DU

2707325- CS/ 2020-01243/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADO ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PICOS/PI

Processo: 08036776720198180032

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

2707325\_CONTES....pdf PROTOCOLO.pdf PROTOCOLO.pdf PROTOCOLO.pdf Falha - Sistema ocupado PROTOCOLO.pdf Falha - Sistema ocupado Exibir todos x

PT 10:28 30/03/2020



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PICOS/PI**

**Processo:** 08036776720198180032

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **09/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **09/09/2019**.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexa causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que o autor ainda encontra-se em tratamento médico não podendo verificar se o acidente deixou sequelas permanentes.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

## PRELIMINARMENTE

### DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

### DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### DO MÉRITO

#### DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

---

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

## **DO AUTOR EM TRATAMENTO MÉDICO**

### **DA IMPOSSIBILIDADE DE VERIFICAR A EXISTENCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Trata-se de caso de invalidez em que o autor alega ser vítima de acidente de veículo automotor, resultando assim invalidez permanente. Assim supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Ocorre que o acidente em tela, foi objeto de análise por meio da perícia técnica, onde ficou DIAGNOSTICADO QUE A VÍTIMA AINDA PERMANECE EM TRATAMENTO, POR MAIS 180 DIAS NECESSITANDO DE EXAMES COMPLEMENTARES PARA SE CONCLUIR SE SUA CONDIÇÃO FÍSICA É DE INVALIDEZ PERMANENTE OU NÃO.

Logo, SE NÃO HÁ COMO SE CONCLUIR PELA SUPOSTA INVALIDEZ do interessado, uma vez que ainda não se esgotou todas as possibilidades de tratamento ortopédicas necessários para uma possível melhora ou até mesmo cura do autor, não há como se apurar o grau da invalidez permanente que o autor, porventura, venha a ser portador no futuro, isto se for o caso de não haver sucesso na recuperação do autor com o fim do tratamento que o mesmo se presume está submetido.

Desta forma, requer a Ré, que a presente demanda seja julgada EXTINTA SEM JULGAMENTO DO MÉRITO, para que o autor aguarde o fim do tratamento médico que se encontra acometido, e ao final do tratamento seja dado um parecer final e conclusivo pelo médico perito, esclarecendo a existência de invalidez total ou parcial, e o percentual da invalidez atingida, caso não seja curado o autor, na forma do art. 485, inciso VI do Código de Processo Civil.

Não sendo o entendimento deste juízo, requer o sobrestamento do feito, pelo prazo de 180 dias, conforme informado no laudo pericial emitido para que APÓS O AUTOR SEJA SUBMETIDO A NOVA PERÍCIA, SENDO QUE O PERITO DEVERÁ ESCLARECER O GRAU DA INVALIDEZ DA VÍTIMA, ora autor, se acaso este restar inválido permanentemente.

Reforça o requerimento supra, ante a ausência de qualquer prova nos autos a respeito da alegada invalidez permanente, o que torna impossível a aplicação da legislação em espécie, eis a impossibilidade de se condenar a ré, sem que seja indicado e respeitado o percentual de invalidez consoante tabela de cálculos de indenização. Informando a ré, que seu pedido tem respaldo, ainda, no art. 5º, § 5º da Lei 6.194/74.

Caso não seja este o entendimento do i. Magistrado, requer a suspensão do processo e a intimação da parte autora para que manifeste sua concordância ou não quanto a suspensão da presente ação até finalização da regulação do pedido administrativo (pagamento/negativa/cancelamento) ou mesmo sua opção pela desistência da regulação administrativa e prosseguimento da ação judicial.

### **- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**<sup>4</sup>.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo<sup>5</sup>.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

#### **DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>6</sup>.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>7</sup>.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

---

<sup>4</sup>SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

<sup>5</sup>APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

<sup>6</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>7</sup>**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

**Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e**

**Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.**

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>8</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>9</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

---

<sup>8</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>9</sup>**art. 1º. (...)**

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

PICOS, 25 de março de 2020.

**EDNAN SOARES COUTINHO**  
**1841 - OAB/PI**

### QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**



## TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA**, em curso perante a 1ª **VARA CÍVEL** da comarca de **PICOS**, nos autos do Processo nº 08036776720198180032.

Rio de Janeiro, 25 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819





**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

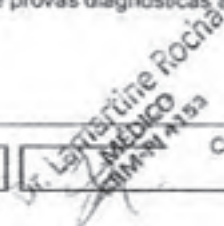
Cartão Nacional de Saúde	Nome do Paciente		
712106181316191061291813	Jessica Elaine Santos Oliveira		
Endereço de Residência	Data Nasc.	Idade	Sexo
Rua FASE CABA PERA	31/05/1995	24	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
Bairro	Município	Estado	
CEPTAO	PICOS	PIAUÍ	
Código IBGE	CEP	Caráter Atend.	Raça / Cor

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	Qtde
	Consulta com Angiologista	

### JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito - 820 - Teresina - Pícos: 95 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.542.917/0022-02

Prontuário:

525460

Internação:

249529

CEI - JMN/CM

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

Nome: <b>JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA</b>				
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	89-39460-0657	702003360061983	PICOS
Pai:			Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA	
Responsável: SOCORRO - AVÓ				
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
<b>Diagnóstico de Admissão:</b>				
Procedimento: 0408050012 - AMPUTACAO / DEARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES				
CID 10: M872 - Osteonecrose devida a traumatismo anterior				
<b>Diagnóstico de Alta:</b>				
Procedimento: <i>Osteonecrose devida a traumatismo anterior</i>				
CID 10: <i>M872</i>				
<b>Tratamento Realizado:</b> <i>Amputação do membro inferior direito em nível da coxa com fechamento cirúrgico. Curativo com oxigenação.</i>				
<b>Exames Realizados:</b> <i>Hemograma, função renal, eletrólitos</i>				

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

22/10/2019

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Marcos Parente, Nº 641 – Centro, Pícos – 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: Belinópolis Numa IIReferência-NASF: 1BData: 23 / 10 / 2019Turno: Tarde**REFERENCIADO POR:**

- ☐ Médico  
☒ Enfermeiro  
☐ Odontólogo  
☐ Equipe do NASF

Profissional: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**Assinatura e Carimbo do Profissional**

*Jonara Holanda de Moura*  
Enfermeira  
CCRF - PI NASF

**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 aparelhos, 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](mailto:nasfpicos@gmail.com)**



REGISTRO Nº

## FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Nome do Usuário do Serviço: Jessica Elana Santos Oliveira  
UBS: Belémia Nunes II  
Referência-NASF: 1º  
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  
COREN PI 305.967

### MOTIVO DO REFERENCIAMENTO:

#### ATENDIMENTO COM:

Assistente Social  
Fisioterapeuta  
Fonoaudiólogo  
Nutricionista  
Psicólogo  
Outros

### MOTIVO DO REFERENCIAMENTO

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

### CONTRARREFERÊNCIA



**HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ**  
PRAÇA ANTONIO 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

Telefone: ( ) -

Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA

Celular: (89) 9942-3205

Profissão: DOMESTICA

Bairro: CENTRO

Cidade: PICOS/PI

Pal: FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA

CPF: - RG: 3913631 - SUS: 702008369061983

Clinica: **ACOLHIMENTO**

Documento: 355436 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA

Responsável: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: J20X70mmHg

**Procedimentos**

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

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

**Queixa principal:** DOR NA PERNA INCHACO devido acidente ocorrido há 09 dias. Negs alergias e outras preexistentes.

**Exame clínico/físico:**

**Diagnóstico provável:**

**Medicação:**

☐ NOTIFICAR?

**Procedimentos/exames realizados:**

Ass. Técnico

DR

DR

PR

OK

PR

DR

Virjaney Cristina S. Brito  
Socrem-PI 478442 ENF

355436 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA

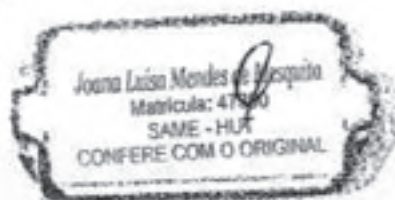




NOME DO PACIENTE: Jessica Elone Santos Oliveira

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. Atuação***BOLETIM DE ENTRADA (BE)** *NHEO 14/10/15 9:40*

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

(Usu: CICERO RIBEIRO)

(Estação: CONSULTORIO)

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA		<b>Prontuário:</b> 525460
<b>Mãe:</b> MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA	<b>Pai:</b>	
<b>End. Resid.:</b> RUA FREI ISTAPINO - SÃO VICENTE - FICOS - PI - CEP: 64600-002		
<b>Nascimento:</b> 31/05/1995	<b>Idade:</b> 24ans11d	<b>Sexo:</b> Feminino <b>Fone:</b> 89-99460-0657
<b>Responsável:</b> SOCORRO - AVO	<b>CNS:</b> 702008369061983	
<b>Profissão:</b> ESTUDANTE	<b>Documento:</b> RG: 3913631 - SSP PI	
<b>G. Instrução:</b> Não informado	<b>E. Civil:</b> Ignorado	

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

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

<b>SSV:</b>	(Hora: ____ : ____)			
<b>Peso:</b> 0.00 Kg	<b>Altura:</b> 0.00 M	<b>IMC:</b> 0.00 Kg/m2	<b>Pulso:</b> ____ bpm	<b>Pressão:</b> ____ mmHg

<b>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</b> <i>Exatidão alta</i>	
PACIENTE VEIO REGULADA PARA PARECER DA C. VASCULAR COM RELATO DE TECIDO NECRÓTICO EM PERNA DIREITA - TEVE ACIDENTE DE TRÂNSITO HÁ UM MÊS	
<i>Afericida e Dipirona</i>	

<b>Diagnóstico Inicial:</b> Abscesso cutâneo furunculoso e antraz	<b>CID:</b> L02
--	--------------------

<b>Exames Complementares:</b>
(1332797) - HEMOGRAMA COMPLETO
(1332798) - SÓDIO
(1332799) - POTÁSSIO

<b>Prescrição Médica:</b>
DIETA ORAL ZERO
SE 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 NAUSEAS E/OU VÔMITOS

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

*Jessica Rodrigues Pinheiro*  
Assinatura Paciente ou Responsável

*Dr. Robert E...*  
JOSE CICERO GONCALVES RIBEIRO  
CRM: 1890 - 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 INIAPINO - 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
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:	D. Azevedo
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	F. G. Costa entrou com DOR na perna e com dor no joelho. Foi submetido a exames de imagem e exames de sangue. Foi encaminhado para o tratamento adequado. O caso é de acompanhamento.		
Carimbo/Assinatura Solicitante			
DADOS DO PARECER: Data/Hora: ____/____/____:____			
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			

21/09/59  
09 H.

Pacife. com prumos extens em 1000 em  
uso de gut hufles e a valia de 1000 unidades  
de distribuidor.

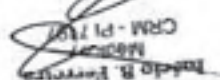
Seu queixos no mesmo




23/09/59

Pacife com prumos extens em 1000 em  
uso de gut hufles e com queixa de idios  
lens no mesmo

D: P. para o distribuidor

  
CRM - PI 110

Cópia Regional de Distribuição  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data 24/10/59  


## Informações Gerais

Paciente: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA - 702008349561983 - 31/05/1995 (24 anos), Pádua, Mãe:   
 Class. Risco: Emergência

## VISÃO GERAL

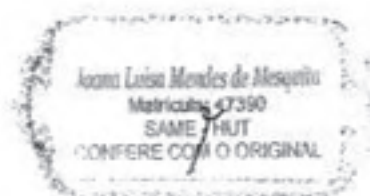
## MUDANÇAS QUADRO CLÍNICO

**Estab. Solicitante** Hospital Regional Justino Luz (Pádua/PA)  
**Médico Solicitante** ACELSANGELA ALVES VIEIRA DE PADUA  
**Usuário Solicitante** Usuário Padrão  
**Senha** VISUALIZAR SENHA (/internacoes/139255/visualizar\_senha)  
**Observação Solicitante**  
**Observação Executante**  
**Caráter** Urgência  
**Tipo de Leito** Cirurgia Vascular  
**CIDs** F00.00 necrosante Gangrena péssima  
**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 MÚLTIPLOS DESBRIDAMENTOS SEM SUCESSO, NO MOMENTO EM USO DE IMPENEM E VAMCO COM LEUCO DE 19 MIL, FEBRE, 10/10/2019 10:40 Para paciente segue com grave processo necrótico, 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/139255/mudanca)  
**Protocolo de Atendimento** Pressão Sistólica: 130  
 Pressão Diastólica: 90  
 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	Excluída
08/10/2019 18:16	Usuário Padrão	Fila de Espera	N-NEGADA na Regulação Municipal. Motivo: TRANSPERÊNCIA REJEITADA PELO ESTABELECIMENTO DE DESTINO EXECUTANTE (OUTROS). NÃO HUT SEM CAPACIDADE OPERACIONAL NO MOMENTO
08/10/2019 17:17	Amanda Nogueira Dantas de Vasconcelos - 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 17:06	corpo medico hrj - Estab: Hospital Regional Justino Luz	Pendente	





### Informações Gerais

**Paciente:** JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA - 702008369051983 - 01/01/1996 (23 anos), Picos, MA.  
**Class. Risco:** Muito urgente

### VISÃO GERAL

**Estab. Solicitante:** Hospital Regional Justino Luz (Picos/PE)  
**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:**

AMPUTAÇÃO DE DEDOS 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 MÚLTIPLOS DESBRIDAMENTOS SEM SUCESSO, NO MOMENTO EM USO DE IMPEPENEM E VANDO 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	

*[Assinatura]*

Joana Luiza Mendes Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

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

REQUISIÇÃO DE PARECER

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

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

Tratado neurotático + secreção purulenta  
U perde tecido em M.D após  
ocidente traumática

Atal cirúrgico p/ desbridamento  
20/9/19

Data

Ass. Médico Consultante

Parecer

Parecer C/ extensa lesão em  
M.D C/ pontos de necrose de  
tecido. Grande área de tecido  
de granulação.

CD - Manter ATB

Cuidados C/ Ocloroximol +

Pepina

Prevenir Debridamento  
em pequenos focos

20/9/19





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Tipo Sanguíneo:

Fator RH:

Prontuário: 525460

Local:

Peso (Kg):

0,00

Altura (M):

0,00

IMC (Kg/m<sup>2</sup>):

0,00

Leito:

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 746016

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

DIETA ORAL ZERO  
SF A 0,5%, 500ML EV, 12/12 HORAS  
RANITIDINA 01AMP + AD., EV, 12/12 HORAS  
DIFIRONA - 02 ML + AD., EV, 6/6 H SE DOR OU FEBRE ALTA  
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 01CP, VO, SE PAS> 160E/OU PAD> 90MMHG  
SSVV + CCGS  
O2 ÚNIDO - 03 L/NIN SE SaO2 <= 92%

HORÁRIO:

( ) 12  
23

SINAIS VITAIS:

HORA:	T:	P:	R/SaO2:	PA:	Dor:	Glicemia:	Diurese
23	35,5	40,3		119/73		203	
06:00	36,7	70		119/74			

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matr. 47390  
SAMU - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

José Cícero Ribeiro  
Médico  
CRM-PI 1630





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

251499

Identificação do Estabelecimento de Saúde

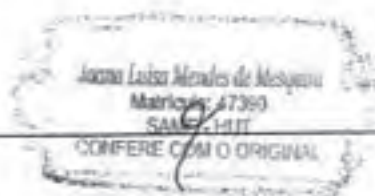
1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código de Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>249456</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA			6 - Prontuário:	525460
7-CNS:	702008369061983	8-Nascimento:	31/05/1995	9-Sexo:	Feminino
11-Mãe:	MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA			12-Fone:	89-99460-0657
13-Resp:	SOCORRO - AVO			14-Cor:	Sem Informação
15-Ende:	RUA FREI INIAPINO - SAO VICENTE - CEP: 64600-002				
16-Munici:	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:	24-CIE Prim:	25-CIE Sec:	26-CIE C.Ass:
Outras entesopátias do membro inferior, excluindo o pé	M768		

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050080	27-Procedimento Solicitado: FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES	Tempo SUS: 3
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01 CPF 935.044.623-53	31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 01
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ROBERT EUDES MUNES DE SOUSA SEGUNDO	34-Data Solicitação: 12/10/2019	35-Ass.Carimbo Méd.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-CBOE:
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-Documeto:	49-Num. Documento:
( ) CNS ( ) CPF	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (BERNERT ALENCAR) Consulta Local: 748816 Consulta SUS: 45400945.00.000

# 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

Prontuário:  
**525460**  
Internação:  
**249529**

Nome: **JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA**

End. Resid.: **RUA FREI INIAPINO - 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 **11/10/2019** Hora **21:24** Data **21/10/2019** Hora **08:45**

Diagnósticos: **Distúrbios devido a traumatismo anterior**

Cod. CID:

CID Principal: **Distúrbios devido a traumatismo anterior**

CID Secundário:

CID Causa Morte:

M	8	7	2

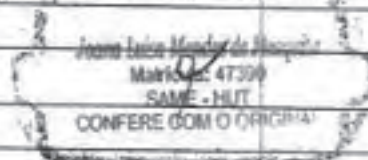
SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

**Acidente de trânsito de caráter automobilístico com trauma aberto na perna direita e no braço com fratura exposta de múltiplos segmentos por trauma.**

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

**Paciente evoluiu satisfatoriamente com fratura exposta de perna direita e no braço, com fratura exposta de múltiplos segmentos por trauma.**

MEDICAÇÕES:



CIRURGIA: Data: **13/10/2019** Tipo: **Debridamento e lavagem da ferida**  
**13/10/2019 amputação nível de coxa.**

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

**Enviar para psicologia, cirurgia vascular,**

Tipo de Alta: ☐ Curado ☒ 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

13/11

NOME Jessica Blane Santos de Oliveira IDADE \_\_\_\_\_ 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>96/51</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>102</u>	<u>103</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Paula</u>	

ÍNDICE DE ALDRETTZ 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 falar 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	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Desorienta, se solicitado	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90% mesmo com suporte de O <sub>2</sub>	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO							TOTAL				
ESCALA DE DOR ALTA							ASS.				

<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> Dreno de Sucção	<input type="checkbox"/> Dreno Torácico	<input type="checkbox"/> DVE	<input type="checkbox"/> Colostomia	Sonda	<input type="checkbox"/> Nasog	<input type="checkbox"/> Nasoe
ha	ml	ha	ml	ha	ml	ha	ml
ha	ml	ha	ml	ha	ml	ha	ml

EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM: 10:42h Admitida na RPA no PO de amputação a nível de coxa (D). Sob efeito de sedação leve, consciente, orientada, calma. Respondendo prontamente. Bom estado geral.

11:03h: Alberto Eymora e Estela  
 ALTA SRPA  
 Dr. João Roberto S. Silva  
 Médico Anestesiologista  
 CRM 10117 / RJ 2790

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO: ☐ EXTERNO ☐ SALA DE GESSO ☐ INGENIERIA E CÂPICOS ☐

POSTO: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ EMERGÊNCIA PED. UCI ☐ PEO ☐ INSURTO ☐ GERAL ☐ 4 ☐ QUEIM. CLÍNICA ☐ PED ☐ ORT ☐ NEU ☐ CIR ☐ MED



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



FMS  
Fundação Municipal  
de Saúde

Fis Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 31/10/19

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

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI n. 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5 x 80	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.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		<i>Cupom</i>		05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	<p>OCORRÊNCIA</p> <p><i>Enxoval = 02</i></p> <p><i>Murim = 03</i></p> <p><i>Bisturi Elétrico Monofásico = 02</i></p> <p><i>Oculos de Proteção = 01</i></p>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.	—						
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	—						
CAT. GUT. CROMADO C/AG.	—						
CAT. GUT. CROMADO S/AG.	—						
ALCOFIL n. 0	02						
MONONYLON	—						
FITA UMBILICAL	—			ENFERMARIA:			
VICRYL	—			CIRCULANTE: <i>Vandinha</i>			
PROLENO	—						





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

**FMS**

Fundação Municipal  
de Saúde

## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Jessica Elvira Santos (Moraes)	PRONTUÁRIO	525460
DA CLÍNICA	Clínica cirúrgica Rato 08 - Vasculor.	LEITO	30
À CLÍNICA	Psicologia		

### MOTIVO DA CONSULTA

Paciente de 24 anos vítima de acidente automobilístico com manobra de empulso do motor (empulso de água quente).  
Demanda de apoio psicológico para ansiedade.

DATA: 14/10/2019

Rodrigo Ramos  
Assistente Social  
RMA-21.3546

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

### PARECER

Realizado atendimento psicológico para a paciente.  
No momento, consciente, orientada, calma, aberta  
aos diálogos. Apresenta humor eufórico, ade-  
quado. Paciente apresenta boa adaptação e en-  
frentamento da situação atual. Nada mais a co-  
mentar a respeito e família.

Joana Lúcia Mendes de Mesquita  
Pessoa: 47390  
SAME - HUT  
CONFEZ COM G. Oficial

DATA: 14/10/19

Ass  
Amanda de Sousa Brandão  
Psicóloga HUT  
CRP 2100773

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

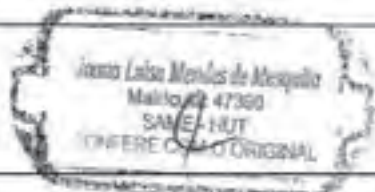


**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Jessica Elaine Santos Oliveira</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Forçefe + Uterito</i>		
Operação - Tipo <i>Aniquilamento do útero de corpo</i>		
Cirurgião <i>Robert</i>	1º Assistente <i>—</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Viana</i>	Anestesista <i>Carlos Custoso</i>	Anestesia <i>Raque</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>13/10/13</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Forçefe + Uterito</i>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



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

(1) APM com laparoscopia e contagem de peças.  
(2) Verificação de superfície e de adesões, identificação  
colores amarelo e flocos castanho-ruivos e espalhados  
de gordura e gordura e útero escurecido.  
(3) O útero por ser anterior ao nível de corpo  
seco e o útero não se vê e o maior inseto para  
(4) Ligar e cortar útero e corpo de corpo.  
(5) Não  
por plano. (6) Ligadura de corpo de corpo.  
(7) Encolimento de útero com sero de corpo de corpo.  
(8) Aniquilamento; (9) Cerclagem de corpo.





## FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Sérvica Telme Sala: \_\_\_\_\_ Alergia: Neg Data: 13/04/19Procedimento: Debridamento mio  
Amputação de dedoCirurgião: Dr.

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Cefazolin	mg	2											
2 Dexamet	mg	10											
3 Antecol	mg	50											
4 Diprione	mg	2											
5 Euflex	mg	4											
6 Bupivac	mg	13											
7 Noram	mg	80											
8 Fentanyl	mg	25											
9 MPF	mg	2											
10													
11													
12													
13													
Origem	SL/mg	^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^											
ARND													
Vital	%												

## Acesso Vascular

☒ Periférico MSD☐ Cat. Venoso nº 20G☐ Dificuldade aces. venoso☐ Gastos cateteres☐ Central

## Via Aérea

☒ Cateter nasal☐ IOT nº \_\_\_\_\_☐ LMA nº \_\_\_\_\_

## Monitorização:

☒ Cardíaco☒ PA☒ Oxímetro de pulso☐ ETCO2☐ Outros

## Anestesia:

☐ Geral Venosa☐ Geral Balanceada☒ Raqui-anestesia☐ Peridural☐ Bloqueio Periférico☐ Outros

## Decúbito:

DNV (08:40 -PHD)

## Descrição da Anestesia:

Realizo anupria e anti-óxi-  
logico subaracnóideo, em C5-6, no mediano, com agulha 22g  
de Fincher. Sufusão de bupivac 15-1 e fent 25mg +  
Noram 80mg.

Dr. Carlos Gustavo Silva  
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA  
CRM-FI 4067

Anestesiologista



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Jessica C. Santos Oliveira IDADE 24 anos DATA 18/10 2019  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 h 50 min TIPO DE ANESTESIA ☒ GERAL ☐ RAQUE ☐ BLOQUEIO ☐ PERIDURAL ☐ SEDACÃO  
 CIRURGIA REALIZADA Regulização colo D CIRURGIÃO M. Wilson

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
SATURACÃO DE O <sub>2</sub> (%)	99X	97X	97X	95%
TEMPERATURA AXILAR (°C)				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (ppm)				
NOME/ MATRÍCULA	<u>Grilene Grilene Grilene Grilene</u>			

ÍNDICE DE ALDRETT-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 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 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 type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está 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 type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> 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 <sub>2</sub> 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 <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	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.	Jucelma		me

SONDA VESICAL		DRENO DE SUÇÃO		DRENO TORÁCICO		DVE		COLOSTOMIA		SONDA   NASOG   NASOE
h	ml	h	ml	h	ml	h	ml			
h	ml	h	ml	h	ml	h	ml			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitida na SRPA em POI de  
regulização de colo, que Grilene, apresentava ag.  
Enf. Jucelma  
434.168

14:05 Alta da SRPA. me

MP Anestesiologia  
 18/10/2019

Alta SRPA  
 SAME - HIT  
 CONFERE COM DOUTOR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Thiago Mendes Barbosa  
 Anestesiologia  
 CRM - RJ 5007 / CDE 2512  
 ANESTESIOLOGIA

ENCAMINHAMENTO | EXTERNO | | SALA DE GESSO | | IMAGEM / GRÁFICOS | |

P.08 - Retorno





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



FMS  
Fundação Municipal  
de Saúde

Fis Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18, 10, 19

NOME DO PACIENTE: <u>Yvica Ebone S. Oliveira</u>	INSCRIÇÃO Nº: <u>525460</u>
DIAGNÓSTICO: <u>debridamento cirurgico</u>	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>08</u>
CIRURGIÃO: <u>Marcos Varanda</u>	CPF Nº _____
AUXILIAR: <u>Estudante Hiran Mendes dos Santos</u>	CPF Nº _____
ANESTESIA: <u>Hiran</u>	CPF Nº _____
INSTRUMENTADORA: _____	CPF Nº _____

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 Nº 8,5	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 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 Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 30ml	FRASCO		
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 20	UNID.	01		eletrodo	05		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				escova	02		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				cateter 02	01		
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				crepom	02		
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MÓNONYLON 2.0	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: _____			
VICRYL 0	01			CIRCULANTE: <u>Estudante</u>			
PROLENO							



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

253389

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES: <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executor: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES: <b>5828856</b>	<b>249842</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <b>- Nervosismo em coto de coxa D.</b>
21 - Condições que justificam a internação: <b>Dr. Marcos Varanda de Araújo Médico: 47300 SAE - HUT CONFERE COM O ORIGINAL</b>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
23-Diagnóstico Inicial: <b>Ingrena não classificada em outra parte</b>
24-CID Prim.: <b>R02</b>
25-CID Sec.: <b></b>
26-CID C.Aux.: <b></b>

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.: <b>0415040035</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS</b>	Tempo: <b>500</b>
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02</b>	31-Docum.: <b>01</b>
	CPF: <b>811.397.463-00</b>	32-Doc. Méd. Solic.: <b>00</b>
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA</b>	34-Data Solicitação: <b>18/10/2019</b>	35-Ass. Méd. Sol. (CNE): <b>Dr. Marcos Varanda Ass. Méd. Sol. (CNE)</b>

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	37- <input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Típico	38- <input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Trajeto	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Registro:	41-Série:
			42-CNPJ Empresa:	43-CAVE Empresa:	44-CBDR:
45 - Vínculo com a Previdência: <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado					

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento: <input type="checkbox"/> CNES <input type="checkbox"/> CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <b>Marcelina da Penha da Silva</b>		Usuário: <b>(KARLA BATISTA)</b> Consulta Local: <b>744016</b> Consulta SUS:



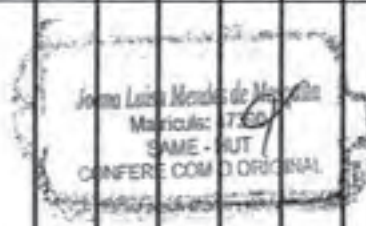


# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - UT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.912/0022-02

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

Atendimento	Frontalário	Paciente	Dr. Nasc.	Clinico	Enfermaria	Leito	Médico Assistente	
249842	515450	JESSICA ELIANE SANTOS OLIVEIRA	31/03/1995	CLÍNICA CIRÚRGICA - PVB	ENFERMARIA 222	LEITO 34	ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO	
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:						
HORA:		Alergias:						
		BEM SCORUM						
		FO: 57mo ASUM						
		3 DIA - DESEMIAMENTO CIRÚRGICO REALIZADO 18/10/2019 - SEM INTERCORRÊNCIA.						
		O 9 ANTIBIÓTICO						
Seq.	Descrição-Apresentação/Observação	Dose	Unid.	Via	Int.	Recons.	Horarios	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	OGAL Tipo LIVRE.							08:30hs - Paciente em alta
1	CLORETO DE SÓCIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	8/8h			hospitalar - Red. Enf. Maria
2	MEROPENEM 1G P/ SOL. INJETÁVEL	1,00	Gramas	EV	8/8h			
3	VARFOMICINA 500MG, P/ SOL. INJ.	2,00	Ampla	EV	24/24h			
4	DIPYRIDA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampla	EV	6/8h			
5	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL	1,00	Ampla	EV	8/8h			
6	FLUCONAZOL 150MG	1,00	Cápsula	OTT	24/24h			
7	RANITIDINA 150MG/ML, INJ. C/2ML.	1,00	ML	EV	12/12h			
8	EPHEDRINA SÓDICA 40MG/0,4ML SOL. EM SERINGA INJETÁVEL	1,00	Seringa	Subcutâ	24/24h			



ANA ROZIVAN - VASC  
CON  
PDI/CONJ

**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. Naso.	Clinica:	Enfermarias:	Leito:	Médico Assistente:		
249842	525460	JESSICA ELIANE SANTOS OLIVEIRA	31/09/1999	CLINICA CIRURGICA - P08	ENFERMARIA 222	LEITO 34	ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO		
<b>Exatidão:</b>		<b>Diagnóstico/Comorbidades:</b>							
<b>Nota:</b>		<b>Alergias:</b>							
8. OVO ANUPÇÃO DE COXA DIREITA. PACIENTE REALIZOU ANUPÇÃO DE COXA DIREITA EM 13/10 POR LESÃO NECROSADA. SEGUE ATERIL, SIBIRADA, HIPOCORADA, INDOLO A MIBILIZAÇÃO E PALPAÇÃO DO MEMBRO ANUPTO E EM COTO DE ANUPÇÃO DIREITO. CICATRIZAÇÃO DO COTO DE ANUPÇÃO ADEQUADA, SEM SINAIS INFLAMATÓRIOS E SEM TRATAMENTO DE SECÇÃO. RETIRE ALIMENTAÇÃO E SORO ADEQUADOS, DIURESE E EVACUAÇÕES FISIOLÓGICAS E ADEQUADAS. EXAMES LABORATORIAIS (17/10): HB = 11,9; LEUCO = 10900; PLAQETAS = 312000									
3 DIA - DEBRIDAMENTO CIRURGICO REALIZADO 16/10/2019 - SEM INTERCORRÊNCIA. D. 9. ANTIBIOTICO									
Seq.:	Descrição-Apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recone:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
<b>Dieta</b>	<b>OGAL Tipo LIVRE,</b>								
1	CLORETO DE SÓCIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	8/8h				
2	MORFEM 1G PÓ P/ SOL. INJETÁVEL	1,00	Gravata	EV	8/8h				
3	VANCOMICINA 500MG, PÓ P/ SOL. INJ.	2,00	Ampla	EV	24/24h				
4	DIPIRONA BÓTICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampla	EV	8/8h		AD		
5	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL	1,00	Ampla	EV	8/8h				
6	FLUCONASOL 150MG	1,00	Cápsula	GST	24/24h				
7	PANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	1,00	ML	EV	12/12h				
8	EXOCAPARINA BÓTICA 40MG/0,4ML SOL. EM SERINGA INJETÁVEL	1,00	Seringa	Subcut	24/24h				

Joana Lúcia Mendes de Mesquita  
Matrícula: 41202  
SAME - HUT  
CONFERE COM O PORTAL



222/34

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

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dr. Nasq. Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:	
249642	325480	JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA	31/05/1993	CLÍNICA CIRÚRGICA - P08	LEITO 34	
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:				
<p>7 DPO AMPUTAÇÃO DE COTO DIREITA.</p> <p>PACIENTE REALIZOU AMPUTAÇÃO DE COTO DIREITA EM 13/10 POR LESÃO NECROSADA. SECES ATÉRIL, HEMORRÁGICA, RÍPIDA, INOLOR A NEBULIZAÇÃO E PALPAÇÃO DO MÔDULO AMPUTADO E EM COTO DE AMPUTAÇÃO DIREITO. CICATRIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO ADEQUADA, SEM SINAIS INFLAMATÓRIOS E SEM DRENAGEM DE SECREÇÕES.</p> <p>REFEZE ALIMENTAÇÃO E SONO ADEQUADOS, DIURSE E EVACUAÇÕES FISIOLÓGICAS E ADEQUADAS.</p> <p>EXAMES LABORATORIAIS (17/10): HB = 11,5 LEUCO = 10900; PLAQUETAS = 312000</p> <p>2 DIA - SEDIMENTAÇÃO CIRÚRGICA REALIZADO 18/10/2019 - SEM INTERCORRÊNCIA.</p> <p>D.O. ANTIBIÓTICO</p>		<p>Bom de Alta em 21/10/2019</p>				
Seq.:	Descrição-Apresentação	Dose:	Unid.:	Via:	Freq.:	Relatório de Enfermagem:
Dieta	CRAL Tipo LIVRE.					
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	8/8h	
2	MEROPENEM 1G PÓ P/ SOL. INJETÁVEL	1,00	Gramas	EV	8/8h	
3	VANCOMICINA 500MG, PÓ P/ SOL. INJ.	2,00	Amola	EV	24/24h	
4	DIPYRONA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Amola	EV	6/6h	
5	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL	1,00	Amola	EV	8/8h	
6	FLUCONASOL 150MG	1,00	Cápsula	OTT	24/24h	
7	RAMITIDINA 150MG/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	

Assinatura de Marcos  
MARCOS - HUT  
CONFERE COM O GRUPO

Dr. Marco Crisostomo  
Assinatura: Marcos  
CRM: 12415



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Jessica Glane Santos Oliveira</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Microse coto coxa D.</i>		
Operação - Tipo <i>Rehidamento cirúrgico</i>		
Cirurgião <i>Marcos Varanda</i>	1º Assistente <i>Estudante</i>	
2º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesiista <i>[Assinatura]</i>	Anestesia <i>Raque</i>
Mnésico(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>		
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<i>Operante na decúbito dorsal, sob raqueal (1) Exatidão e sutura (3) Exatidão coto de coxa (4) Exatidão de ligas ulceras (5) Lavagem da F.O (6) Fechamento das plaças (7) Curativo</i>		
Dr. Marcos Varanda Angiologia - Cirurgia Vascular CRM-PI 3061		





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

SUS



859823

5.522.917/0029-76  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA  
PROF. ZENON ROCHA  
Rua Dr. Otilio Tiro, N° 1620  
Teresina - PI  
Fone: 64.017-770

## Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta		N° Cartão SUS	
Especialidade		Raza/Cor	
CEIR - Ortopedia			
Nome do Paciente (preencher sem abreviar)			
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			
Exatidão de membro inferior			
Data: / /		Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde	
Assinatura			
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

Cbpf: 05e31b7e-fd12bf54-5aa2d2bd-3fd1df24

Estabelecimento Solicitante: CENTRAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

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

Emissão: 29/10/2019

Agenda: 1477055

Autorização: 852611900

Usuário: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Cartão SUS: 702008369061983

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

Local de Atendimento: CIEM

Endereço: RUA PROJETADA 338, 1337 Bairro: CATAVENTO

Telefone: (89)98861-2912

Profissional: JOSE ALMEIDA LEAL

CBO: MÉDICO EM CIRURGIA VASCULAR

Procedimento(s):

0301010072 CONSULTA MÉDICA EM ATENDIMENTO ESPECIALIZADA Qtde: 1

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

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Não compareça nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo/Responsável pelo Agendamento



**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)  
702008369061883

10 - NOME DA MÃE  
MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA

8 - DATA DE NASCIMENTO  
31/05/1995

9 - SEXO  
Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
308061

11 - TELEFONE DE CONTATO  
(89) 9942-3206

12 - ENDEREÇO  
PREI IBIAPINO, 41 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
PICOS

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO  
2208007

15 - UF  
PI

16 - CEP  
64600-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

At. refer. Juv. com queixa de agredido  
na musculatura, bi + 8 dias  
de evolução. C/ps. de p/da de feridas em  
região lateral do peito + 20 cm  
C/esp/culos e nervos expostos

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

A ser de serena p/da

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Ferida infectada

21 - CID PRINCIPAL

L59

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Reclusão de Viciosa 04/15 040043

25 - CLÍNICA

Fla B

27 - CARACTER 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 CMI)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

- 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHISTICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHISTICO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESAMARELADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

45 - DOCUMENTO

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

**RELATÓRIO CIRÚRGICO**

NOME DO PACIENTE <i>Wesley Elaine Soares Oliveira</i>		SEXO <i>F</i>	APT°	LEITO
PRONTUÁRIO <i>308061</i>	CONVÊNIO <i>Sus</i>	DATA <i>23/09/2019</i>	HORA	

**DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO**

*Supraclavicular membro superior direito / Tumor de natureza maligna*

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

DATA <i>23/09/2019</i>	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA	CIRURGIA REALIZADA	

**TIPO DE CIRURGIA:**

☒ ELETIVA ☐ REINTERNAÇÃO

☐ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

**DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACRADO CIRÚRGICO**

*1. DDH7 Monte Trapi  
2. AA+CE  
3. Realizado o tipo de desmoldado e anexos  
identificados nome de todo o membro superior  
inferior + pul  
4. Odoqueu exemplo T e outros comp. para*

**INTERCORRÊNCIAS**

**ANTIBIOTERAPIA**

☐ NÃO ☐ SIM

**ANATOMIA PATOLÓGICA**

☐ NÃO ☐ SIM

**QUAIS:**

**Nº DE PEÇAS:**

**LOCALIZAÇÃO:**

**MATERIAIS ESPECIAIS**

☐ NÃO ☐ SIM ☐ SÍNTESE/TIPO:

**ÓRTESE/TIPO:**

**MEDICAMENTOS UTILIZADOS:**

**TIPO DE ANESTESIA**

**ANESTÉSICO**

**DURAÇÃO**

**CIRURGIÃO**

**CREMEB**

**ASSINATURA**

**1ª CIRURGIA AUXILIAR**

**CREMEB**

**ASSINATURA**

**2ª CIRURGIA AUXILIAR**

**CREMEB**

**ASSINATURA**

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE		SEXO		APT*	LEITO
Wmice Glene Santos Oliveira		F			
PRONTUÁRIO	CONVÊNIO	DATA		HORA	
308061	Sus	06/10/2019			

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

fasctm leucocit

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA	CIRURGIA REALIZADA	
TIPO DE CIRURGIA: <input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO		
<input type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA		

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO

1. DD H+ marta + roqui  
2. AA-ICE  
3. Felizmente sem lesões dos produtos e fascículo  
um paciente com queixo de nariz grande e  
membro.  
4. Curioso exatidão  
5. Cerebro

Dr. Alexandre Santos



INTERCORRÊNCIAS

ANTIBIOTERAPIA

☐ NÃO ☐ SIM

ANATOMIA PATOLÓGICA

☐ NÃO ☐ SIM

QUAIS:

Nº DE PEÇAS:

LOCALIZAÇÃO:

MATERIAIS ESPECIAIS

☐ NÃO ☐ SIM ☐ SÍNTESE/TIPO:

☐ ORTESE/TIPO:

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
ANESTESISTA		

CIRURGIÃO	CIRURGIÃO	CREMEB	ASSINATURA
	1ª CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA
	2ª CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA



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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	Ericka Helena Santos Oliveira		
PRONTUÁRIO	308061	CONVÊNIO	SUS
SEXO	F	APT*	
DATA	07/08/2019	HORA	

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Exatidão Necrosante

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Postmortalidade de tecido descolado

ATA	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
-----	--------------------	-----------------

CIRURGIA PROPOSTA	CIRURGIA REALIZADA
-------------------	--------------------

TIPO DE CIRURGIA: ☒ ELETIVA ☐ REINTERNAÇÃO

☐ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO

1. DDH - 1 montado - 1 roque
2. AA + CE
3. Realizado amputação do destrudante para  
loco; silinda de 10x10x10 descolado.
4. Amputação exatidão
5. Período compressivo

*Assinatura do Cirurgião*  
*Assinatura do Anestesiologista*

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

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

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ  
PRAÇA ANTONOR 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

Paí: 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:

9/11

### Resultado

☐ Curado  
☐ Melhorado  
☐ Inalterado  
☐ Piorado

☐ Removido  
☐ Pedido  
☐ Evasão  
☐ Indisciplina

☐ -48 Horas  
☐ +48 Horas  
☐ Óbito

Transferido

### História Clínica

**Diagnóstico Provável**

KASSIANO CAETANO NOGUEIRA







**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**

# MEDICA

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:64601-301 - Picos-PI

[illegible]







**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

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

PRONTUARIO	UNICO	CLINICA	ENFER. OU APT	LEITO	MEICO ASSISTENTE
DATA/HORA/CODIGO	PRESCRIÇÃO MEDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MEICO ASSISTENTE
07/10/19	15:30 dehidratação			69	
	1 Dado. June				
	2 SF 2.91 SDRM EV 12/12h				
	3 Ampicilina 1g + Clavulato 500mg EV 12/12h				
	4 Vancomicina 500mg + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	5 Paracetamol - Amp + AD EV 12/12h				
	6 Dexamet. - Amp EV 8/8h				
	7 Plonol - Amp EV 8/8h				
	8 Traslax 100mg + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	9 SSUV + CCG				
	10 Solução Hemorróica				
	11 Ocorrência de Hemorragia				
	12 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	13 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	14 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	15 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	16 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	17 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	18 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	19 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	20 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	21 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	22 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	23 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	24 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	25 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	26 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	27 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	28 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	29 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	30 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	31 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	32 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	33 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	34 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	35 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	36 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	37 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	38 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	39 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	40 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	41 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	42 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	43 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	44 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	45 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	46 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	47 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	48 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	49 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	50 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	51 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	52 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	53 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	54 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	55 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	56 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	57 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	58 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	59 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	60 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	61 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	62 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	63 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	64 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	65 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	66 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	67 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	68 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	69 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	70 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	71 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	72 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	73 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	74 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	75 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	76 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	77 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	78 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	79 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	80 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	81 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	82 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	83 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	84 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	85 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	86 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	87 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	88 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	89 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	90 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	91 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	92 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	93 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	94 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	95 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	96 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	97 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	98 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	99 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				
	100 Medicação - Amp + Clavulato 500mg EV 8/8h				



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

[illegible]



**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**

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

PRONTUÁRIO	Nome	CLÍNICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
DATA/HORA/CODIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA					
05/10/19	# FASCEITE INDEGRATANTE					
	X1) Arito ad lusa					
	(2) SF 0,5% 2000ml EV		para 24h			
	(3) Rivotril 50mg + AD		EV 5/8h			
	(4) tramipen 1g + V SF		0,5% 100ml 12/24			
	EV 12/12h					
	(5) Venodamine 500mg +		12/24			
	100ml SF 0,5% EV 12/12h					
	(6) Dexamet 500mg/ml		24/24			
	AD EV 6/12h					
	(7) Tramadol 100mg + 100mg		12/24			
	EV 12/12h					
	(8) Amoxiclav 1000		12/24			
	SSU + C66					
	(9) Solicita Hemograma,					
	Uria, Creatinina, Pot, Ca					



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

DATA/ HORAS/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
<b>RELATORIO DE INFERMAGEM</b> <b>OBSERVAÇÕES</b>					
08/08/2019	07/10/2019	CLINICA	14	69	
09/08/2019	08/08/2019	CLINICA	14	69	
10/08/2019	09/08/2019	CLINICA	14	69	
11/08/2019	10/08/2019	CLINICA	14	69	
12/08/2019	11/08/2019	CLINICA	14	69	
13/08/2019	12/08/2019	CLINICA	14	69	
14/08/2019	13/08/2019	CLINICA	14	69	
15/08/2019	14/08/2019	CLINICA	14	69	
16/08/2019	15/08/2019	CLINICA	14	69	
17/08/2019	16/08/2019	CLINICA	14	69	
18/08/2019	17/08/2019	CLINICA	14	69	
19/08/2019	18/08/2019	CLINICA	14	69	
20/08/2019	19/08/2019	CLINICA	14	69	
21/08/2019	20/08/2019	CLINICA	14	69	
22/08/2019	21/08/2019	CLINICA	14	69	
23/08/2019	22/08/2019	CLINICA	14	69	
24/08/2019	23/08/2019	CLINICA	14	69	
25/08/2019	24/08/2019	CLINICA	14	69	
26/08/2019	25/08/2019	CLINICA	14	69	
27/08/2019	26/08/2019	CLINICA	14	69	
28/08/2019	27/08/2019	CLINICA	14	69	
29/08/2019	28/08/2019	CLINICA	14	69	
30/08/2019	29/08/2019	CLINICA	14	69	
31/08/2019	30/08/2019	CLINICA	14	69	
01/09/2019	31/08/2019	CLINICA	14	69	
02/09/2019	01/09/2019	CLINICA	14	69	
03/09/2019	02/09/2019	CLINICA	14	69	
04/09/2019	03/09/2019	CLINICA	14	69	
05/09/2019	04/09/2019	CLINICA	14	69	
06/09/2019	05/09/2019	CLINICA	14	69	
07/09/2019	06/09/2019	CLINICA	14	69	
08/09/2019	07/09/2019	CLINICA	14	69	
09/09/2019	08/09/2019	CLINICA	14	69	
10/09/2019	09/09/2019	CLINICA	14	69	
11/09/2019	10/09/2019	CLINICA	14	69	
12/09/2019	11/09/2019	CLINICA	14	69	
13/09/2019	12/09/2019	CLINICA	14	69	
14/09/2019	13/09/2019	CLINICA	14	69	
15/09/2019	14/09/2019	CLINICA	14	69	
16/09/2019	15/09/2019	CLINICA	14	69	
17/09/2019	16/09/2019	CLINICA	14	69	
18/09/2019	17/09/2019	CLINICA	14	69	
19/09/2019	18/09/2019	CLINICA	14	69	
20/09/2019	19/09/2019	CLINICA	14	69	
21/09/2019	20/09/2019	CLINICA	14	69	
22/09/2019	21/09/2019	CLINICA	14	69	
23/09/2019	22/09/2019	CLINICA	14	69	
24/09/2019	23/09/2019	CLINICA	14	69	
25/09/2019	24/09/2019	CLINICA	14	69	
26/09/2019	25/09/2019	CLINICA	14	69	
27/09/2019	26/09/2019	CLINICA	14	69	
28/09/2019	27/09/2019	CLINICA	14	69	
29/09/2019	28/09/2019	CLINICA	14	69	
30/09/2019	29/09/2019	CLINICA	14	69	
01/10/2019	30/09/2019	CLINICA	14	69	
02/10/2019	01/10/2019	CLINICA	14	69	
03/10/2019	02/10/2019	CLINICA	14	69	
04/10/2019	03/10/2019	CLINICA	14	69	
05/10/2019	04/10/2019	CLINICA	14	69	
06/10/2019	05/10/2019	CLINICA	14	69	
07/10/2019	06/10/2019	CLINICA	14	69	
08/10/2019	07/10/2019	CLINICA	14	69	
09/10/2019	08/10/2019	CLINICA	14	69	
10/10/2019	09/10/2019	CLINICA	14	69	
11/10/2019	10/10/2019	CLINICA	14	69	
12/10/2019	11/10/2019	CLINICA	14	69	
13/10/2019	12/10/2019	CLINICA	14	69	
14/10/2019	13/10/2019	CLINICA	14	69	
15/10/2019	14/10/2019	CLINICA	14	69	
16/10/2019	15/10/2019	CLINICA	14	69	
17/10/2019	16/10/2019	CLINICA	14	69	
18/10/2019	17/10/2019	CLINICA	14	69	
19/10/2019	18/10/2019	CLINICA	14	69	
20/10/2019	19/10/2019	CLINICA	14	69	
21/10/2019	20/10/2019	CLINICA	14	69	
22/10/2019	21/10/2019	CLINICA	14	69	
23/10/2019	22/10/2019	CLINICA	14	69	
24/10/2019	23/10/2019	CLINICA	14	69	
25/10/2019	24/10/2019	CLINICA	14	69	
26/10/2019	25/10/2019	CLINICA	14	69	
27/10/2019	26/10/2019	CLINICA	14	69	
28/10/2019	27/10/2019	CLINICA	14	69	
29/10/2019	28/10/2019	CLINICA	14	69	
30/10/2019	29/10/2019	CLINICA	14	69	
31/10/2019	30/10/2019	CLINICA	14	69	
01/11/2019	31/10/2019	CLINICA	14	69	
02/11/2019	01/11/2019	CLINICA	14	69	
03/11/2019	02/11/2019	CLINICA	14	69	
04/11/2019	03/11/2019	CLINICA	14	69	
05/11/2019	04/11/2019	CLINICA	14	69	
06/11/2019	05/11/2019	CLINICA	14	69	
07/11/2019	06/11/2019	CLINICA	14	69	
08/11/2019	07/11/2019	CLINICA	14	69	
09/11/2019	08/11/2019	CLINICA	14	69	
10/11/2019	09/11/2019	CLINICA	14	69	
11/11/2019	10/11/2019	CLINICA	14	69	
12/11/2019	11/11/2019	CLINICA	14	69	
13/11/2019	12/11/2019	CLINICA	14	69	
14/11/2019	13/11/2019	CLINICA	14	69	
15/11/2019	14/11/2019	CLINICA	14	69	
16/11/2019	15/11/2019	CLINICA	14	69	
17/11/2019	16/11/2019	CLINICA	14	69	
18/11/2019	17/11/2019	CLINICA	14	69	
19/11/2019	18/11/2019	CLINICA	14	69	
20/11/2019	19/11/2019	CLINICA	14	69	
21/11/2019	20/11/2019	CLINICA	14	69	
22/11/2019	21/11/2019	CLINICA	14	69	
23/11/2019	22/11/2019	CLINICA	14	69	
24/11/2019	23/11/2019	CLINICA	14	69	
25/11/2019	24/11/2019	CLINICA	14	69	
26/11/2019	25/11/2019	CLINICA	14	69	
27/11/2019	26/11/2019	CLINICA	14	69	
28/11/2019	27/11/2019	CLINICA	14	69	
29/11/2019	28/11/2019	CLINICA	14	69	
30/11/2019	29/11/2019	CLINICA	14	69	
01/12/2019	30/11/2019	CLINICA	14	69	
02/12/2019	01/12/2019	CLINICA	14	69	
03/12/2019	02/12/2019	CLINICA	14	69	
04/12/2019	03/12/2019	CLINICA	14	69	
05/12/2019	04/12/2019	CLINICA	14	69	
06/12/2019	05/12/2019	CLINICA	14	69	
07/12/2019	06/12/2019	CLINICA	14	69	
08/12/2019	07/12/2019	CLINICA	14	69	
09/12/2019	08/12/2019	CLINICA	14	69	
10/12/2019	09/12/2019	CLINICA	14	69	
11/12/2019	10/12/2019	CLINICA	14	69	
12/12/2019	11/12/2019	CLINICA	14	69	
13/12/2019	12/12/2019	CLINICA	14	69	
14/12/2019	13/12/2019	CLINICA	14	69	
15/12/2019	14/12/2019	CLINICA	14	69	
16/12/2019	15/12/2019	CLINICA	14	69	
17/12/2019	16/12/2019	CLINICA	14	69	
18/12/2019	17/12/2019	CLINICA	14	69	
19/12/2019	18/12/2019	CLINICA	14	69	
20/12/2019	19/12/2019	CLINICA	14	69	
21/12/2019	20/12/2019	CLINICA	14	69	
22/12/2019	21/12/2019	CLINICA	14	69	
23/12/2019	22/12/2019	CLINICA	14	69	
24/12/2019	23/12/2019	CLINICA	14	69	
25/12/2019	24/12/2019	CLINICA	14	69	
26/12/2019	25/12/2019	CLINICA	14	69	
27/12/2019	26/12/2019	CLINICA	14	69	
28/12/2019	27/12/2019	CLINICA	14	69	
29/12/2019	28/12/2019	CLINICA	14	69	
30/12/2019	29/12/2019	CLINICA	14	69	
31/12/2019	30/12/2019	CLINICA	14	69	

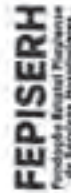


Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

## FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE <i>Yussier Elane Santos</i>				DATA <i>23/09/10</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>Desbridamento cirurgico do M<sup>to</sup> D</i>				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML 10 ML				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						
PVPI <i>100 + 100</i>						
SONDA VESICAL						
LETOR DE URINA						
COVA COM DEGERMANTE						
ATADURA COM CREPOM				USO DA SALA		
ATADURA GESSADA				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
ATROPINA						
KETALAR				<i>11:15 h</i>		
DIMORF				OPERAÇÃO		
NEOCAÍNA PESADA				CIRURGIÃO	<i>Dr. Paquel</i>	
LIDOCAÍNA				AUXILIAR		
PROFANOL				ANESTESISTA	<i>Dr. Paquel</i>	
MIDAZOLAN				TIPO DE ANESTÉSIA	<i>Paquel</i>	
DIAZEPAN				INSTRUMENTADOR		
TIOPENTAL				OCORRÊNCIAS		
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFZOLINA						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
VITAMINA C						
VITAMINA E						
VITAMINA B						
VITAMINA D						
VITAMINA F						
VITAMINA G						
VITAMINA H						
VITAMINA I						
VITAMINA J						
VITAMINA K						
VITAMINA L						
VITAMINA M						
VITAMINA N						
VITAMINA O						
VITAMINA P						
VITAMINA Q						
VITAMINA R						
VITAMINA S						
VITAMINA T						
VITAMINA U						
VITAMINA V						
VITAMINA W						
VITAMINA X						
VITAMINA Y						
VITAMINA Z						
VITAMINA AA						
VITAMINA AB						
VITAMINA AC						
VITAMINA AD						
VITAMINA AE						
VITAMINA AF						
VITAMINA AG						
VITAMINA AH						
VITAMINA AI						
VITAMINA AJ						
VITAMINA AK						
VITAMINA AL						
VITAMINA AM						
VITAMINA AN						
VITAMINA AO						
VITAMINA AP						
VITAMINA AQ						
VITAMINA AR						
VITAMINA AS						
VITAMINA AT						
VITAMINA AU						
VITAMINA AV						
VITAMINA AW						
VITAMINA AX						
VITAMINA AY						
VITAMINA AZ						
VITAMINA BA						
VITAMINA BB						
VITAMINA BC						
VITAMINA BD						
VITAMINA BE						
VITAMINA BF						
VITAMINA BG						
VITAMINA BH						
VITAMINA BI						
VITAMINA BJ						
VITAMINA BK						
VITAMINA BL						
VITAMINA BM						
VITAMINA BN						
VITAMINA BO						
VITAMINA BP						
VITAMINA BQ						
VITAMINA BR						
VITAMINA BS						
VITAMINA BT						
VITAMINA BU						
VITAMINA BV						
VITAMINA BW						
VITAMINA BX						
VITAMINA BY						
VITAMINA BZ						
VITAMINA CA						
VITAMINA CB						
VITAMINA CC						
VITAMINA CD						
VITAMINA CE						
VITAMINA CF						
VITAMINA CG						
VITAMINA CH						
VITAMINA CI						
VITAMINA CJ						
VITAMINA CK						
VITAMINA CL						
VITAMINA CM						
VITAMINA CN						
VITAMINA CO						
VITAMINA CP						
VITAMINA CQ						
VITAMINA CR						
VITAMINA CS						
VITAMINA CT						
VITAMINA CU						
VITAMINA CV						
VITAMINA CW						
VITAMINA CX						
VITAMINA CY						
VITAMINA CZ						
VITAMINA DA						
VITAMINA DB						
VITAMINA DC						
VITAMINA DD						
VITAMINA DE						
VITAMINA DF						
VITAMINA DG						
VITAMINA DH						
VITAMINA DI						
VITAMINA DJ						
VITAMINA DK						
VITAMINA DL						
VITAMINA DM						
VITAMINA DN						
VITAMINA DO						
VITAMINA DP						
VITAMINA DQ						
VITAMINA DR						
VITAMINA DS						
VITAMINA DT						
VITAMINA DU						
VITAMINA DV						
VITAMINA DW						
VITAMINA DX						
VITAMINA DY						
VITAMINA DZ						
VITAMINA EA						
VITAMINA EB						
VITAMINA EC						
VITAMINA ED						
VITAMINA EE						
VITAMINA EF						
VITAMINA EG						
VITAMINA EH						
VITAMINA EI						
VITAMINA EJ						
VITAMINA EK						
VITAMINA EL						
VITAMINA EM						
VITAMINA EN						
VITAMINA EO						
VITAMINA EP						
VITAMINA EQ						
VITAMINA ER						
VITAMINA ES						
VITAMINA ET						
VITAMINA EU						
VITAMINA EV						
VITAMINA EW						
VITAMINA EX						
VITAMINA EY						
VITAMINA EZ						
VITAMINA FA						
VITAMINA FB						
VITAMINA FC						
VITAMINA FD						
VITAMINA FE						
VITAMINA FF						
VITAMINA FG						
VITAMINA FH						
VITAMINA FI						
VITAMINA FJ						
VITAMINA FK						
VITAMINA FL						
VITAMINA FM						
VITAMINA FN						
VITAMINA FO						
VITAMINA FP						
VITAMINA FQ						
VITAMINA FR						
VITAMINA FS						
VITAMINA FT						
VITAMINA FU						
VITAMINA FV						
VITAMINA FW						
VITAMINA FX						
VITAMINA FY						
VITAMINA FZ						
VITAMINA GA						
VITAMINA GB						
VITAMINA GC						
VITAMINA GD						
VITAMINA GE						
VITAMINA GF						
VITAMINA GG						
VITAMINA GH						
VITAMINA GI						
VITAMINA GJ						
VITAMINA GK						
VITAMINA GL						
VITAMINA GM						
VITAMINA GN						
VITAMINA GO						
VITAMINA GP						
VITAMINA GQ						
VITAMINA GR						
VITAMINA GS						
VITAMINA GT						
VITAMINA GU						
VITAMINA GV						
VITAMINA GW						
VITAMINA GX						
VITAMINA GY						
VITAMINA GZ						
VITAMINA HA						
VITAMINA HB						
VITAMINA HC						
VITAMINA HD						
VITAMINA HE						
VITAMINA HF						
VITAMINA HG						
VITAMINA HH						
V						





Sistema  
Único de  
Saúde

# HRJL

HOSPITAL AFFILIATES JOINING US

**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**

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

Salon de Remise

[illegible]



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

S. Rosimara

Nome: Jéssica Eliane Santos Oliveira		ALA B	LEITO	R. MET.
PESCRICÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMEAGEM		
DATA: 22/09/2019		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	
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. Liquefina 5000/0,25ml SC de 12/12hs;				
5. Dipirona - 1 amp. + AD EV de 6/6hs, se TAX $\geq$ 37,8°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 $\geq$ 160mmHg ou PAD $\geq$ 110mmHg;				
11. Curativo da região lesionada;				
12. PA, TAX e HGT de 6/6hs;				
13. Aguardando avaliação cirúrgica;				
14. SSVV + CCGG.				

*[Assinatura]*  
21557

Am 22.30 h verificada  
SSVV; PA = 102 x 70 mmHg  
HGT = 164 mg/dl; TAX = 39,3°C

22 38 24 06

PAREC. 64-5 R.

Tiago Almeida Siqueira  
MÉDICO



**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**

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

FARMACIA Dona Santa Oliveira		CLÍNICA	ENFER. OU APT		LEITO	MÉICO ASSISTENTE
PRONTUÁRIO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	RELATORIO DE INFERMAGEM			
DATA/HORA/CODIGO			OBSERVAÇÕES			
20/09/19	01. Dieta oral normal X		SPT			
	02. SFO 91. 1000 - 18h, 19h, 20h		18 24			
	03. Clindamicina 600mg - 01 comp + 01 comp, 6/6h		18 24 06			
	04. Clindamicina 600mg - 01 comp + 01 comp, 6/6h		18 24 06			
	05. Dipirona 01 comp + 01 comp, 6/6h, 6/6h		24 06			
	06. Bromazepam 01 comp + 01 comp, 8/8h		24 06			
	07. Dipirona 1000mg + 01 comp, 12/12h		24 06			
	08. SSU + 01 comp		Atenção!			
	09. Aguardando vaga na ala					

Atenção! Aguardando vaga na ala

Atenção! Aguardando vaga na ala







SAÚDE | Piauí  
Secretaria de Estado  
de Saúde / SESAP



FEPISERH SUS  
Fundação Estadual Pesquisadora  
de Serviços Hospitalares



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.	RELATORIO DE INFERMAGEM		
			HÓRARIO	OBSERVAÇÕES	
	① Alívio para dor		12/18 30		
	② 500mg 1 comprimido, 2x/dia		12/18 30		
	③ 1 comprimido 600mg, 1x/dia		12/18 30		
	④ Omeprazol 500mg, 1x/dia		12/18 30		
	⑤ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	⑥ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	⑦ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	⑧ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	⑨ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	⑩ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	⑪ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	⑫ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	⑬ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	⑭ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	⑮ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	⑯ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	⑰ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	⑱ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	⑲ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	⑳ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㉑ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㉒ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㉓ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㉔ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㉕ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㉖ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㉗ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㉘ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㉙ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㉚ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㉛ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㉜ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㉝ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㉞ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㉟ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㊱ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㊲ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㊳ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㊴ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㊵ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㊶ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㊷ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㊸ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㊹ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㊺ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㊻ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㊼ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㊽ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㊾ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		
	㊿ 1 comprimido, 1x/dia	ON	12/18 30		

Heitor José de Moura dos Anjos  
CRM/PI 4587  
CPF: 019.645.783-05



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

PRONTUÁRIO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	CLÍNICA	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO
DATA	HORA	CÓDIGO	QUANT.			
17/04/14		1- Dente novo			C 14-72	
17/04/14		2- 5 BOG 1000ml, 100ml				
17/04/14		3- Exercício 500g + 100ml 13				
17/04/14		4- Dipirona 1000mg, 100ml				
17/04/14		5- Tramadol 100mg, 100ml				
17/04/14		6- Paracetamol 1000mg, 100ml				
17/04/14		7- Clonidina 100mg, 100ml				
17/04/14		8- Clonidina 100mg, 100ml				
17/04/14		9- Clonidina 100mg, 100ml				
17/04/14		10- Clonidina 100mg, 100ml				



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

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA**

Usuário: Jonio clamo Santa Prontuário: \_\_\_\_\_

D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M ☒ F

Procedimento Cirúrgico: resbitamento crânio do MTD Data Cirúrgica: 23-1-2019

Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes da saída do paciente da sala cirúrgica
presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico	(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)	(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)
O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento?	<input checked="" type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função	Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão	<input checked="" type="checkbox"/> O nome do procedimento
O local está demarcado?	A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?	<input checked="" type="checkbox"/> A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> A identificação das amostras (ver as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)
<input type="checkbox"/> Não aplicável	<input type="checkbox"/> Não aplicável	<input checked="" type="checkbox"/> Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos
Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?	Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:	Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?	<input checked="" type="checkbox"/> Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?
O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?	<input checked="" type="checkbox"/> Qual quantidade de perda de sangue prevista?	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Para o anestesiológico:	
O paciente possui:	<input checked="" type="checkbox"/> Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?	
Alergia conhecida?	Para equipe de enfermagem:	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?	
<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?	
Via aérea difícil ou risco de aspiração?		
<input checked="" type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Sim, equipamentos/assistência disponíveis		
Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)?	Os exames de imagem essenciais estão disponíveis?	
<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos	<input type="checkbox"/> Não aplicável	

Carla R. de A.  
assinatura-COREN  
Carla R. de A.



REGISTRO DE ENFERMAGEM  
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICOPac = Justino Justino Santos

CIRCULANTE <u>Polimide 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>
INSTRUMENTADOR	
ASSISTENTES: 1º	2º
CRM	CRM

<b>MONITORIZAÇÃO</b>	<b>SÍMBOLOS</b>
	<input type="checkbox"/> PLACA DE BISTURI ELÉTRICO <input type="checkbox"/> ELÉTODOS <input type="checkbox"/> INCISÃO CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> OXIMETRIA DE PULSO <input type="checkbox"/> PANI
SINAIS VITAIS INÍCIO: PA <u>110x60</u> SATO <u>99%</u> FC <u>71 bpm</u> SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA <u>100x70</u> SATO <u>99%</u> FC <u>72 bpm</u>	

<b>TIPO DE ANESTESIA</b>	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+1) <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA	<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDACÃO <input type="checkbox"/> SEDACÃO + LOCAL <input type="checkbox"/> TÓPICA
<input checked="" type="checkbox"/> <u>Raquel</u> <input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDACÃO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	<input type="checkbox"/> COM CUFF <input type="checkbox"/> SEM CUFF	<input type="checkbox"/> MÁSCARA LARÍNGEA Nº <input type="checkbox"/> OUTRAS

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

<b>PREPARO DA PELE</b>	<input checked="" type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE <input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO <input type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO-HEXIDINA <input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO <input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	<input checked="" type="checkbox"/> PVPI TÓPICO
------------------------	--	--	---

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

<input type="checkbox"/> SONDA URETRAL Nº <input type="checkbox"/> SONDA FOLEY Nº	<input type="checkbox"/> COLETOR <input type="checkbox"/> LANCETA	<input type="checkbox"/> URÓSTOM <input type="checkbox"/> UNO	<input type="checkbox"/> AP BARBEAR <input type="checkbox"/> Sonda de ASPIRAÇÃO Nº	<input type="checkbox"/> SNG Nº <input type="checkbox"/> JELCO Nº
--	--	--	---	--

<b>GARROTEAMENTO</b>	<input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH <input type="checkbox"/> LOCALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> BRAÇO <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO <input type="checkbox"/> INÍCIO <input type="checkbox"/> TÉRMINO	<input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg <input type="checkbox"/> COXA <input type="checkbox"/> PANTURRILHA
----------------------	---	---

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



**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/1		QUANT.	214	69	
			RELATORIO DE INFERMAGEM		
			HÓRARIO	OBSERVAÇÕES	
09	Paracetamol 500mg, 4x/dia		08:00	16º dia de internação hospitalar por lesão tra-	
10	Aspirina 100mg, 2x/dia			mática no NTO e 10º por desbridamento da lesão	
	Clonazepam 0,5mg, 2x/dia			Apresenta-se física, consciente e desorientado em relação	
	Soro fisiológico 1000ml, 2x/dia			à lesão. Última data por VO, cessa e apresenta saturo-	
	EV 1000ml - 1000ml			são, eliminação fisiológica normal (SIC) Urina com	
	Paracetamol 500mg, 4x/dia			de dor e segue em terapia medicamentosa IV	
	Aspirina 100mg, 2x/dia			24 segundos processo náusea. Evolução transi-	
	Clonazepam 0,5mg, 2x/dia			ta na por cateter da puna direita com pe-	
	Soro fisiológico 1000ml, 2x/dia			squisa de tórax de granulados no lito e se-	
	EV 1000ml - 1000ml			cura de coagulação e liquificação nos segmentos	
	Paracetamol 500mg, 4x/dia			baixo transmissões na pé direita com ruído bi-	
	Aspirina 100mg, 2x/dia			gástico no centro e tórax de granulados no	
	Clonazepam 0,5mg, 2x/dia			segmento de margem Realizado curativo com colatura pi-	
	Soro fisiológico 1000ml, 2x/dia			mática de 100ml de RSE e secunda de 100ml e 100ml	
	EV 1000ml - 1000ml			durou na puna direita e região distal do pé	
	Paracetamol 500mg, 4x/dia			FC= 103 bpm e FR= 24 rpm. Cid. 100 UFT Qu-	
	Aspirina 100mg, 2x/dia			norma. Granulados Pelha do Normal	
	Clonazepam 0,5mg, 2x/dia			12:40 h. Última T= 38,0°C. Data por Gilmar P. P. P.	
	Soro fisiológico 1000ml, 2x/dia			10 curativos feitos. Última data por Gilmar P. P. P.	
	EV 1000ml - 1000ml			N. 15 h. Última T= 38,0°C. Data por Gilmar P. P. P.	



**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**

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:64601-301 - Picos-PI

[illegible]



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

PRONTUÁRIO DATA/ HORAS/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CLÍNICA QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE	RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
						HÓRARIO	OBSERVAÇÕES
30/09/19	Nº FASCEITE NECROSANTE						
	① Dieta oral leve		5ND	69		08:00 - Realizada avaliação clínica no MTD, fúido externo curativo nos membros. Zíper do spanado no meio. Zíper do intestino, afastado. Taba. 39°C	
	② Imipenem 1g + 100ml SF 0,9% EV 12h		12/24			PA = 120 x 70 mmHg	
	③ Vancomicina 500mg + 100ml SF 0,9% EV 12h		12/24			20h - PA = 115 x 65 - TAX = 36,8% Paciente repete dor intensa na fúida, com uso de morfina e tramal mas, ainda não tem alívio da dor	
	④ Riquenone 1amp + AD EV 6h		12/24				
	⑤ Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8h		14/24				
	⑥ Remetidina 50mg + AD EV 8h		14/24				
	⑦ Plavil 1amp + AD EV 8h		14/24				
	⑧ Linatox com sulfadiazina de sódio e óleo de gubral		14/24				
	⑨ Dimerol 10mg/ml 1me + 5me AD		12/24				
	⑩ Fazer 5ml de 5000 + CCG						



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

PRONTUÁRIO	Turno	Elow	Santos	CLÍNICA	ENFER. OU APT	LEITO	MEICO ASSISTENTE
DATA/HORA/CODIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	#	FASCEITE	NECROSPATE			
23/09/19	Dito pel livre	1			C15	74	✓
	Injeção 1g + 100ml SP 0,5% EV 12/12h	2					
	União mcluz 500mg + EV 6/6h	3					
	Dipiridone 1 amp + 10 EV 6/6h	4					
	Tribunal 100 mg - 100ml SP 0,5% EV 6/6h	5					
	Reinjeção de 500mg + 10 EV 8/8h	6					
	Fluoril 1 amp + 10 EV 8/8h	7					
	Curatela com sel/adiposato de	8					
	prote + óleo de quercus	9					
	Soluto hemoglobina, Unio,	10					
	Creatinina, 12g + 10	11					
	SSU + CCB	12					
	Damon 10mg sul •	13					
	EV 6/6h	14					











# PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

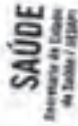
PRONTUÁRIO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CLÍNICA	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
DATA/HORA/CODIGO/		QUANT.	14	69	
<b>RELATORIO DE INFERMAGEM</b>					
			OBSERVAÇÕES		
			HÓRARIO		
<p> <i>Priscila Glane</i>                  AS 10:00hs apresenta febre                  alta, mal-estar, dor de cabeça                  e vômito. Foi administrado analgésico                  e antiemético. A temperatura                  manteve-se elevada.                  O O2 saturado, sendo duca-                  mulado e em jejum. Foi                  prescrito a medicação                  indicada. A 12:00hs                  Valtéria Marina                  Téc. Enfermagem                  COHEN-PI: 209519-15                  AS 10:05h. pct. apq. adu. com                  taquicardia - 55w. T<sub>ax</sub> 37,5°C                  hem. Satura. 99%                  AS 18:00h. T<sub>ax</sub>: 39,3°C e no                  2 bulbo de oxigênio 89,8%                  AS 20:30h. Verificado PA 110/80 mmHg                  Rec. Pul. Saturado 29,335-TE                  Temperatura 38,3°C                  Vene!             </p>					



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

[illegible]





**Piauí**



**FEPISERH**  
Fundação Estadual Paulista  
de Educação e Pesquisa



Sistema  
Único de  
Saúde

**HRJL**

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ

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:64601-391 - Picos-PI

# FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <u>M. Z. L. M.</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>27.07</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLUCEMIA	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	C°					
P. ARTERIAL V. O PULSO	38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO <u>40</u>	
TÉCNICAS <u>halo +</u>					INCIDENTE / ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
					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: Yussara eleonor santos oliveira Prontuário: 31105195  
D.N.: 31105195 Sexo: M F:  
Procedimento Cirúrgico: LCMT 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 e 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 confirmado a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?

☐ Há alguma preocupação ou problema com "telação dos 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 confirmam verbalmente:

☒ O nome do procedimento

☒ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas

☐ A identificação das amostas (ver as identificações das amostas 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 <i>Yusico Elvira S. Oliveira</i>				DATA <i>07/10/19</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>LMC + desbridamento</i>				SALA <i>2</i>		
MATERIAL DE CONSUMO				APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML	QUANT.	UND.	TOTAL	ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/10 ML	<i>2+2</i>			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	<i>3</i>			ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA	<i>3</i>			USO DA SALA		
PI	<i>200ml</i>			INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
INDICA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE	<i>1+1</i>					
ATADURA COM CREPOM	<i>3</i>					
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF	<i>1</i>					
NEOCAÍNA PESADA	<i>1</i>					
LIDOCAÍNA						
PROFANOL				OPERAÇÃO		
MIDAZOLAM				CIRURGIÃO		
DIAZEPAN				AUXILIAR		
TIOPENTAL				ANESTESISTA		
EFORTIL	<i>2</i>			TIPO DE ANESTESIA		
DIPIRONA				INSTRUMENTADOR		
CEFAZOLINA				OCORRÊNCIAS		
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
TAMINA K						
TAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE	<i>6</i>					
ESPARADRAPO	<i>5cm</i>					
LÂMINA DE BISTURI	<i>1</i>					
LUVA ESTÉRIL	<i>3</i>					
LUVA DE PROCEDIMENTO	<i>3+1</i>					
SORO FISIOLÓGICO 0,9%						
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE	<i>1</i>					
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	HEMOGLOBINEMA	HEMATÓCRITOS	GLUCEMIA	COOLURÉIA
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 40'	
TÉCNICAS					INCIDENTE / ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
					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.: 1/1/19 Sexo: M F:

Procedimento Cirúrgico: 12-000-00000-0000 Data Cirúrgica: 06/10/19

**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 e 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 confirmam verbalmente:

☐ O nome do procedimento

☐ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas

☐ A identificação das amostras (ver as identificações das amostras em vez disso, 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

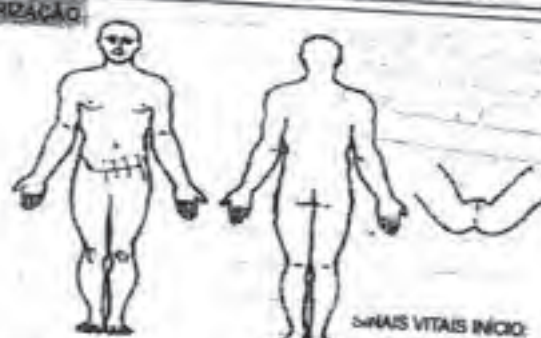
assinatura-COREN



Jessica Blame 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: 13:05  
CIRURGIA REALIZADA: Farssectomia 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
- ☐ PAIN

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 83/41 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+I)
- ☐ GERAL INALATÓRIA
- ☐ GERAL VENOSA
- ☐ LOCAL
- ☐ PERIDURAL
- ☐ SEDAÇÃO
- ☐ SEDAÇÃO + LOCAL
- ☐ TÓPICA
- ☐ COM CATETER
- ☐ SEM CATETER
- ☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº \_\_\_\_\_
- ☐ OUTRAS \_\_\_\_\_

**POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA**

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

**PREPARO DA PELE**

- ☐ DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIS 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
- ☐ AP BARBEAR
- ☐ SNG Nº \_\_\_\_\_
- ☐ Sonda de Aspiração Nº \_\_\_\_\_
- ☐ JELCO Nº \_\_\_\_\_

**GARROTEAMENTO**

- ☐ FAIXA DE SMARCH
- ☐ LOCALIZAÇÃO
- ☐ BRAÇO
- ☐ ANTEBRAÇO
- ☐ GARROTE PNEUMÁTICO
- ☐ COXA
- ☐ PANTUFREIRA
- ☐ NÃO SE APLICA

**SERVIÇOS SOLICITADOS**

- ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA
- ☐ LABORATÓRIO
- ☐ RX
- ☐ NÃO
- ☐ SIM
- ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- ☐ 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 <i>José Carlos Santos Oliveira</i>				DATA <i>06/10/19</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>2.ª + 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				STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA	<i>05</i>					
PVPI + <i>Tricico</i>	<i>100ml</i>					
SONDA VESICAL						
OLETOR DE URINA						
COVA 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>03</i>	<i>ml</i>				
PROFANOL	<i>01</i>					
MIDAZOLAM <i>midazolam</i>	<i>01</i>					
BIACIPAN <i>diclofenaco</i>	<i>01</i>					
TIOPENTAL						
EFORTIL	<i>01</i>					
DIPIRONA						
CEFAZOLINA						
FENTANIL	<i>05 ml</i>					
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
CLOROCINA						
THERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE	<i>10</i>					
ESPARADRAPO <i>pac</i>	<i>0,80</i>	<i>cm</i>				
LÂMINA DE BISTURI <i>nº 24</i>	<i>02</i>					
LUVA ESTÉRIL <i>70/75</i>	<i>02/02</i>	<i>paros</i>				
LUVA 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 1199864-12*



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)						
APLICADO ÀS					EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS					TOTAL DE DOSES	
OXIGÊNIO					100mg	
1					2mg	
2					10mg	
3					10mg	
LÍQUIDOS					SANGUE	
SO. UTO					OUTROS	
TEMPERATURA T					38	
P. ARTERIAL V O PULSO					120	
INICIO E FIM ANESTESIA X					120	
INICIO E FIM OPERAÇÃO					120	
RESPIRAÇÃO O					120	
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS					INCIDENTE / ACIDENTE	
OPERAÇÕES					CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:	
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						



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

# LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Janeira Glaucia Santos Oliveira

Prontuário: \_\_\_\_\_

D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M ☒

Procedimento Cirúrgico: Curetagem MID

Data Cirurgia: 18 / 10 / 14

## 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 e 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 do 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 críticas? 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 do cirurgião)

Membros da equipe de enfermagem confirmam verbalmente:

☐ O nome do procedimento

☒ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas

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

☒ Se há quaisquer problemas com os equipamentos e se são resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:

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

Janeira Glaucia Santos Oliveira  
assinatura-COREN



## REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE Exatidão

ENTRADA NA SO \_\_\_\_\_ INÍCIO DA ANESTESIA: \_\_\_\_\_ SALA Nº \_\_\_\_\_

SAÍDA DA SO \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA ANESTESIA \_\_\_\_\_ INÍCIO DA CIRURGIA \_\_\_\_\_

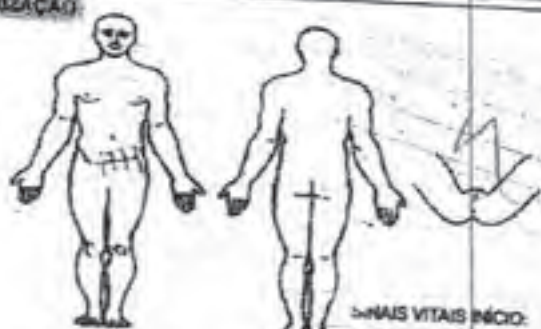
CIRURGIA PROPOSTA: Circunscisão TÉRMINO DA CIRURGIA \_\_\_\_\_

CIRURGIA REALIZADA Circunscisão

CIRURGIÃO Dr. Juarez ANESTESIOLOGISTA Dr. Damião INSTRUMENTADOR \_\_\_\_\_

ASSISTENTES: 1º \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

### MONITORIZAÇÃO



### SÍMBOLOS

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

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 STIMUL PLEX
- ☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20
- ☐ BLOQUEIO PERIBULBAR
- ☐ GERAL COMBINADA (V+I)
- ☐ GERAL INALATÓRIA
- ☐ GERAL VENOSA
- ☐ GERAL
- ☐ LOCAL
- ☐ PERIDURAL
- ☐ COM CATETER
- ☐ SEDAÇÃO
- ☐ SEM CATETER
- ☐ SEDAÇÃO + LOCAL
- ☐ TÓPICA
- ☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº \_\_\_\_\_
- ☐ COM CUFF
- ☐ SEM CUFF
- ☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº \_\_\_\_\_
- ☐ OUTRAS \_\_\_\_\_

### POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA

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

### PREPARO DA PELE

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

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

### SONDAS E CATETERES

- ☐ SONDA URETRAL Nº \_\_\_\_\_
- ☐ SONDA FOLEY Nº \_\_\_\_\_
- ☐ COLETOR
- ☐ LIROSTOP
- ☐ AP BARBEAR
- ☐ SNG Nº \_\_\_\_\_
- ☐ JELCO Nº \_\_\_\_\_

### CARROTEAMENTO

- ☐ FAIXA DE SMARCH
- ☐ BRAÇO
- ☐ ANTEBRAÇO
- ☐ CARROTE PNEUMÁTICO
- ☐ COXA
- ☐ PANTUFURRILHA
- ☐ NÃO SE APLICA

### SERVIÇOS SOLICITADOS

- ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA
- ☐ LABORATÓRIO
- ☐ RX
- ☐ NÃO
- ☐ SIM
- ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- ☐ 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 <i>Jessica Elaine Santos</i>				DATA <i>11/09/19</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>Cesáreo</i>				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO		QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM	
SERINGA 1 ML 3 ML					ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>
SERINGA 5 ML 10 ML		<i>01</i>			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						
PVPI						
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE						
ATADURA COM CREPOM 20cm		<i>02</i>				
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA		<i>01</i>				
LIDOCAÍNA						
PROFANOL						
MIDAZOLAM						
DIÁZEPAN	<i>Alguanto de pelo</i>	<i>01</i>				
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
ASCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE						
ESPARADRAPO		<i>40cm</i>				
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL	<i>2,5 par</i>	<i>02</i>				
LUVA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0.9%		<i>3000ml</i>				
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
BQUIPO						
AGULHA DE RAQUE		<i>01</i>				
TNOXICAM						
					USO DA SALA	
					INÍCIO	TÉRMINO
					<i>14:30</i>	<i>15:10</i>
					OPERAÇÃO	<i>Cesáreo</i>
					CIRURGIÃO	<i>Dr. Paulo</i>
					AUXILIAR	<i>—</i>
					ANESTESISTA	<i>Dr. Danilo</i>
					TIPO DE ANESTESIA	<i>Raqui</i>
					INSTRUMENTADOR	<i>—</i>
					OCORRÊNCIAS	<i>—</i>
					MÉDICO: <i>Dr. Paulo</i>	
					ENFERMEIRA(O): <i>Paulina</i>	
					TÉC. ENFER.: <i>Amirvelo</i>	



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

# FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <u>Leandro R. L. Silva</u>				NOME DE REGISTRO: <u>Leandro R. L. Silva</u>		
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLUCEMIA	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 1 2 3	TOTAL DE DOSES			
LÍQUIDOS	SO. UTO SANGUE OUTROS	500 400 300 200 100	14 = 7,0			134 = 60
TEMPERATURA T	C°	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	38			SEQUÊNCIA
P. ARTERIAL V O PULSO						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO 40	
TÉCNICAS				INCIDENTE / ACIDENTE		
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:		
PARTICULARIDADES						



**HRJL**  
Hospital Regional Justino Luz



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

### FICHA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

NOME DO PACIENTE <i>Assisica Elane Santos Oliveira</i>	
ALA:	ENFERMARIA: LEITO: PRONTUÁRIO Nº:

DATA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO
26-09-19	<i>Visita para acolhimento hospitalar e apoio social.</i>
	<i>Mayara Francielle S. de S. Silva</i> Assistente Social CRESS-PI 4460 - 22ª Região
27-09	<i>Apoio Social aos familiares.</i>
	<i>Érica Silva Leal</i> Assistente Social CRESS: 4618-22ª RG/PI
10-10-19	<i>Atualizado cadastro junto a CERH nos livros por Sr. Marcel Ayton.</i>
	<i>Mayara Francielle S. de S. Silva</i> Assistente Social CRESS-PI 4460 - 22ª Região
11/30/19	<i>CA CERH reaprovou, porém para HUT - ID - 94970; MUT - 798903</i>
	<i>Mayara de Sousa Mota Santana</i> Assistente Social CRESS - PI 4136 - 22ª Região



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

## ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

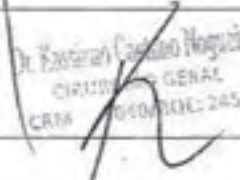
NOME DO PACIENTE		Jéssica Elaine Santos Oliveira	
ALA:	ENFERMARIA:	LEITO:	PRONTUÁRIO Nº:
DATA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO		
23/09/19	Atendimento nutricional realizado <i>Roberta</i>		
24/09/19	Atendimento nutricional realizado <i>Roberta</i>		
25/09/19	Atendimento nutricional realizado <i>Roberta</i>		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

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 Elias 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>Peritonite infectada</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. Antenor Caspary Nogueira CIRURGIÃO GERAL CRM 10408/GOI 2455
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:

*[Handwritten signature]*  
FARMACÊUTICA GENERALISTA  
CRF-PI 2338

Grasielly Rocha Barros  
FARMACÊUTICA GENERALISTA  
CRF-PI 2338

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

2338-GRASIELLY ROCHA SOUZA BARROS

Este laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advis 80) com revisão em lâmina: Bioquímica (Bio 200)



# 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

Vendimento: 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/mm<sup>3</sup>

4,5 a 5,9 milhões/mm<sup>3</sup>

HEMOGLOBINA

12,1 g%

12,0 a 17,5 g%

HEMATÓCRITO

35,0 %

40 a 52 %

VCM

89,97  $\mu^3$

80 a 100  $\mu^3$

HCM

31,11 pg

26 a 34 pg

CHCM

34,57 %

31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

### LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

13,600 /mm<sup>3</sup>

4.500 a 11.000 /mm<sup>3</sup>

MIELÓCITOS

00 %

0

METAMIELÓCITOS

00 %

0

BASTONETES

01 %

0,136

0 a 1 % Até 100 /mm<sup>3</sup>

SEGMENTADOS

81 %

11,016

0 a 4 % Até 400 /mm<sup>3</sup>

BASÓFILOS

00 %

0

36 a 66 % 2000 a 7500 /mm<sup>3</sup>

EOSINÓFILOS

00 %

0

0 a 1 % Até 100 /mm<sup>3</sup>

LINFÓCITOS

10 %

1,36

0 a 4 % 100 a 400 /mm<sup>3</sup>

MONÓCITOS

08 %

1,088

20 a 40 % 900 a 4400 /mm<sup>3</sup>

LINFÓCITOS ATÍPICOS

0 %

0

2 a 8 % 200 a 800 /mm<sup>3</sup>

CONTAGEM GERAL

100,00

100%

PLAQUETAS

250.000 /mm<sup>3</sup>

150.000 a 400.000 / $\mu$ L

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL:

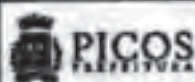
Coletado: 19/09/2019 - 13:43:00

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

Grasielly Rocha Souza Barros  
FARMACÊUTICA GENERALISTA  
CRF-PI 2336

2336-GRASIELLY ROCHA SOUZA BARROS





PREFEITURA MUNICIPAL DE PICOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SAMU 192 PICOS / REGULAÇÃO ESTADUAL-PI



Data 04/09/19

Viatura

Registro de Atendimento Nº

### UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO

Acionamento 13:05 h ☐ Domingo ☒ Segunda ☐ Terça ☐ Quarta ☐ Quinta ☐ Sexta ☐ Sábado  
Saída p/ Atendimento 13:07 h Chegada ao Local 13:17 h Saída do Local 00:00 h  
Chegada ao Destino 00:15 h Saída do Destino 00:50 h Chegada à Base 00:53 h

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Jonas Elton da Silva Oliveira

Idade anos Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino

### LOCAL DA OCORRÊNCIA

☐ Residência ☒ Via Pública  
☐ Trabalho ☐ Outros

Endereço: "Quarta da Moura" - R. 404 - Povo. Genivaldo

### CASOS ESPECIAIS

Recurso Solicitado \_\_\_\_\_ Telefone p/ Contato \_\_\_\_\_

### TIPO DE ATENDIMENTO

☐ CLÍNICO ☐ Alcoolismo ☐ Endocrinologia ☐ Ginecologia ☐ Nefrologia ☐ Oncologia ☐ Urologia  
☐ Cardiologia ☐ Gastroenterologia ☐ Intoxicação ☐ Neurologia ☐ Pneumologia ☐ Outros  
☐ CIRÚRGICO ☐ OBSTÉTRICO ☐ PEDIÁTRICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR  
(12 anos ou menos) Senha: \_\_\_\_\_

### TRAUMA

☐ Veículo Não-Motorizado ☐ Motocicleta e afins ☐ Veículos de Passeio  
☐ Veículos de Transporte ☐ Veículos de Carga ☐ Veículos Aéreos ☐ Veículos Aquáticos  
☐ Alcoolizado ☐ Condutor ☐ Passageiro ☒ Sem Cinto/Capacete/Colete ☐ Com Cinto/Capacete/Colete  
☐ Colisão Frontal ☐ Colisão Traseira ☐ Colisão Lateral ☐ Ejeção Veicular ☐ Capotamento ☐ Explosão  
☐ Atropelamento ☐ Quedas ☐ Ferimento por Arma Branca ☐ Ferimento por Arma de Fogo  
☐ Agressão ☐ Tentativas de Suicídio ☐ Soterramento/Desabamento ☐ Afogamento  
☐ Lesões por Animais ☐ Acidentes de Trabalho ☐ Queimaduras/Explosões ☐ Choque Elétrico

SINAIS VITAIS FC 110 bpm PA 110 mmHg FR 20 ipm SaO<sub>2</sub> 98 % T 36 °C

### PROBLEMAS ENCONTRADOS NO ATENDIMENTO

☐ Alteração da Consciência ☐ Estado de Choque ☐ Insuf. Respiratória ☐ Suspeita de TRM ☐ Pupilas  
☐ Amputação/Esmagamento ☐ Ferimentos ☐ Parada Cardiorrespiratória ☐ Trauma Abdominal ☐ Miose  
☐ Convulsão ☐ Fratura/Luxação ☐ Queimaduras ☐ Traumatismo de Tórax ☐ Midriase  
☐ Deficit Motor ou Sensorial ☐ Hemorragias ☐ Suspeita de TCE ☐ Vias Aéreas Obstruídas ☐ Anisocoria

### ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura Ocular: 3 Melhor Resposta Verbal: 5 Melhor Resposta Motora: 6 TOTAL 14

### PROCEDIMENTOS EFETUADOS NO ATENDIMENTO

☐ Acesso venoso central ☐ Intubação orotraqueal ☐ Cardioversão ☐ Assistência obstétrica  
☒ Acesso venoso periférico ☐ Cricotireoidostomia ☐ RCP sem desfibrilação ☐ Assistência neonatal  
☐ Acesso intra-ósseo ☐ Descompressão torácica ☐ RCP com desfibrilação ☐ Imob. de extremidade / KED  
☒ Colar cervical ☐ Ventilação artificial ☐ Glicemia capilar ☐ Curativos / Hemostasia  
☐ Aspiração vias aéreas ☐ Monitorização ☐ Prancha longa  
☐ Oxigênio ☐ ECG / Tele ECG ☐ Outros  
Medicações: \_\_\_\_\_

### MATERIAL DE

### ENFERMAGEM

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente vítima de acidente de trânsito (capotamento veicular) em via pública.

EVOLUÇÃO MÉDICA: de vida interna. Apresenta não lesões no pulso direito (região lateral) e  
lesões nas mãos. Realizado protocolo de trauma.

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Removido para:

Estado de saúde: Bom Estável

MÉDICO  
CRM-PI 0929

Robson David de Araújo Lira

CRM-PI 7250

311024 R



Data: 09/09/19

☐ DOM

☒ SEG

☐ TER

☐ QUA

☐ QUI

☐ SEX

☐ SÁB

N° do Chamado:

Acl: 08h

Saída PA:

08h

Chegada ao local:

08h

Saída do local:

08h

Chegada Destino:

08h

Saída Destino:

08h

Chegada à base:

08h

Nome: Joice Eliane 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:

Medicamentos em uso

ESTADO GERAL:

☐ Hidratado  
☐ Desidratado  
☒ Normocorado  
☐ Hipocorado  
☐ Cianose  
☐ Edema

Nível de consciência:

☒ Consciente  
☐ Inconsciente  
☐ Orientado  
☐ Desorientado  
☐ Sedado  
☐ Letárgico

Resposta Motora:

☐ Paresia  
☐ Parestesia  
☐ Plegia  
 Local:

### NEUROLÓGICO

Avaliação pupilar:

☒ Isocóricas  
☐ Anisocóricas  
☐ Fotorreagentes  
☐ Mióticas  
☐ Midriáticas  
☐ 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:

☒ Ar ambiente  
☐ M. Venturi  
☐ Cateter nasal  
☐ IOT  
☐ VM:

PEEP: FIO2: SatO2: Modo:

### CIRCULAÇÃO

☒ Normocárdico

☐ Bradicárdico

☐ Taquicárdico

Enchimento capilar:

☐ ≤ 2 Seg ( ) > 2 Seg

Pulso:

☐ Rítmico

☐ Filiforme

☐ Arritmico

☐ Cheio

☐ Ausente

### GASTROINTESTINAL

☐ SNG/SOG

☐ SNE/SOE

☐ VO

☐ Gástrica

☐ Êmese

Evacuações:

☐ Presente ( ) Ausente

### ABDOMINAL

☐ Normal

☐ Tenso

☐ Globoso

☐ Distendido

### URINÁRIO

☐ Espontânea

☐ Anúria

☐ Poliúria

☐ Disúria

☐ Hematúria

☐ Oligúria

☐ SVD. VL:

### DIAG. DE ENFERMAGEM

☒ Integridade da pele prejudicada

☐ Padrão respiratório ineficaz

☐ Perfusão tissular periférica ineficaz

☒ 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

Outros:

### INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

☒ 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.

☒ 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

Outros:

### HORÁRIO

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Realizado curativo em lesão de pele com solução fisiológica e pomada antibiótica. Monitorado sinais vitais e nível de consciência. Paciente está estável e sem alterações. Realizada lavagem gástrica conforme prescrição médica. Paciente está estável e sem alterações.

Assinatura 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  
Funcionário: 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 Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA

Telefone: ( ) -

Profissão: DOMESTICA

Bairro: CENTRO

Cidade: PICOS/PI

Paí: FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA

CPF: - RG: 3913631 - SUS: 702008369061983

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64600-000

Clinica: **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**

223505

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

☒ 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  
outras preexistentes.

JE -

**Exame clínico/físico:**

RA -

TE -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

RA -

TE -

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

☐ NOTIFICAR?

**Procedimentos/exames realizados:**

RA - V - Int - M - E  
A - C - U - R - A -

Dr. José Nogueira  
CURTISSO  
CRM-PICOS

Int - M - E

Dr. Kassia Cartano Nogueira  
CURTISSO GERAL  
CRM-PICOS-2458

Vivianey Cristino S. Brito  
Enferm-PI 478442 ENF

355436 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA

23/09/59  
09 H.

Paciente com prurito extenso em todo o  
corpo de caráter histérico e avalue o fato em função  
de desconforto.

Seu quadro não mudou

  
CRM - RJ 101

23/09/59

Paciente com prurito extenso em todo o  
corpo de caráter histérico e com quadro de dor  
leve no abdômen

D: P. quadro de dor leve

  
CRM - RJ 101

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data 24/10/59





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

MATRICULA: 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



ENDERBY PARL

**REMETENTE:** JESSICA ELANE DOS SANTOS OLIVEIRA


CIDADE: PICOS-PI

BAIRRO: Centro

NUMERO: 0412

CEP: 604-6000-0416

**Correios**



(ETIQUETA OU CARTÃO NP)

Correios

Date:      /      /      Assistant  
Data:      Signature

SC **Attardo ou sindaco**  
 della o il sindaco  
 della o il sindaco

1963

48

1999

1

1

(continued)

**ISSN** 0950-0804  
**desenho** Insuficiente  
**especificação** 1  
o) existe o número indicado  
e) qual o número?  
E/CN.IG/HR

1963

48

1999

1

1





REGISTRADO URGENTE

Correios registered priority

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

RECEBIDO

MP

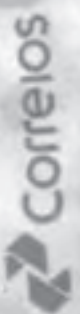
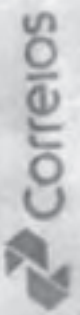
JU 76505056 1 BR

PERO (RJ)

**DESTINATARIO: GENTE SEGURADORA**  
**ENDEREÇO:** Coelho de Resende, 465 - sala c  
**Bairro:** Centro (Sul)  
**Cidade:** Teresina - PI  
**Cep:** 64000-370



AN



# 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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

## 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](http://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.

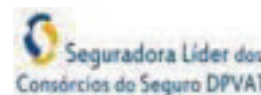
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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](http://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

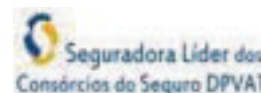
### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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](http://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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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.
<b>Documentação médico-hospitalar</b>	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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 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







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 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: ☒ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 072.608.933-89 4 - Nome completo da vítima: Jussara Elvira Santos Alencar

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 495/2012

5 - Nome completo: Jussara Elvira Santos Alencar 6 - CPF: 072.608.933-89  
7 - Profissão: autônoma/estável 8 - Endereço: Rua Frei Damião 9 - Número: 411 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Picos 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.600-046  
15 - E-mail: jussaraelvira@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (89) 94 60-0757

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1.000,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0633 033 CONTA: 00131346 3  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte 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 herdeiros? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

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 Elvira Santos Alencar

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**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](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o site: [www.prf.gov.br/novobat](http://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](http://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.



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045712, Polícia 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 12 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 4F13874AA8E6AA7A61DEA22AF577F.

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: Inetúcia, 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. 4º 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/boletim/autenticar\\_informacao](http://www.prf.gov.br/boletim/autenticar_informacao) informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AAB8CAA1A21DEA73AF577E

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	Saída 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 I 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/novotab/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B146AA8E6AA1A61DE672AF577F.

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/hoi/validar/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4FT3B746AABE6AA3A61DE622AF577F.

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	Carroceria 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 carroceria 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, Polícia Rodoviária Federal, em 12/09/2019, conforme função 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/novobatalhaautenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AA3E6AA7A61DE622AF577F.

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. 4º 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/novobolta/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  
Data de Nascimento: 21/09/1980  
Sexo: Masculino  
Usava cinto de segurança: Ignorado  
Informações complementares: CONDUTOR, VEÍCULO E CARGA PERMANECERAM NO LOCAL DE ACIDENTE APÓS O ENCERRAMENTO DO ATENDIMENTO.

**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 9045717, Policial Rodoviário Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei da 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 I do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobatalhaautenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B74AABE6AA7A61DE622AF577F.

**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: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**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, Polícia 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 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/informacoes/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AAB6AA1A61DE522AF577F.

**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 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/novobastaautenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AABE6AA7A61DEA22AF577F.

**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, Polícia Rodoviária Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º 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 41-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/protocolo/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AABE6AA3A61DEA72AF577F.

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



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045717, Polícia 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/novobate/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F12B746AABE6AA3A61DE63D5AF577F.

**191**





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19049056801

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 12 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobaliteautenticar>, informando o protocolo 19049056801 e o número de controle 4F13B746AA8E6AA3A61DE633AF577F.

**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

Unidade Policial Responsável

DP DE GEMINIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

GEMINIANO

Endereço

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

Complemento

Governo do Estado do Piauí

Data/Hora

09/09/2019 - 22:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

288 v. 1.1

Tipo Evento: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: JESSICA ELAINE SANTOS OLIVEIRA

RG: 3.913.631 SSP PI

Mãe: MARIA DO SOCORRA SANTOS SILVA

Paí: FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA

Endereço: RUA FREI IBIAPINA, Nº 41

Bairro: CENTRO

Cidade: PICOS

Telefone(s): 89-9460-0657

### Natureza(s) da Ocorrência

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

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:

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-8059, CONDUZIDO PELO NACIONAL CLEBER DE SOUSA MONTEIRO, CPF Nº 10.196.853/15, 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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$3.000,00 ☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Corrente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 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 discordar do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (em Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do (Morte 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 irmãos? ☐ 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

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)