

Screenshot of a web browser showing a legal document from the PJe system.

The title bar shows multiple tabs including "Controle de do...", "Audiências", "Upload", "Tribunal de Jus...", "Acesso 1º Grau", "Consulta proce...", "0803677-67.20", "Compress PDF", and others.

The main content area displays a document titled "903332 - CONTESTAÇÃO (2707325 CONTESTACAO 01)" dated "30 Mar 2020".

The left sidebar lists several attachments:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 9033329 - 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))
- 9033693 - PROCURAÇÕES OU

The central content area contains the text of the contestation, a logo for "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS", and a reference number "2707325-C3/2020-01243/ INVALIDEZ".

At the bottom, there is a note about "SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro"

The taskbar at the bottom shows icons for various applications and the date "30/03/2020".



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a 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 SÍNTSE 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 nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que o autor ainda encontra-se no 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/2015¹, 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/2015².

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, CPC³.

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.

¹[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.

²[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;

³"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 sobremento 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**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste 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 mesmo⁵.

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 geral⁶.

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 vítima⁷.

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.

⁴SEGURÓ 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)

⁵APELAÇÃO 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 PROVÍDO. 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)

⁶RECURSO 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 HOUVE 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 PROVÍDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁷Súmula 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 citação⁸.

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 ação⁹

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.

⁸"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁹*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 horários 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 Excelênciia 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 GRAADAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 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; **JOSELAINA 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 nº 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 nº 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

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



Águas e Esgotos do Piauí S/A

Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI

Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27

Internet: www.agespisa.com.br

Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8688

Fatura Mensal

FATRIFOLIA

851389-9

Hidrômetro

A16F07D034

OUT/2019

Nome/Razão Social/Endereço
MARIA DO SOCORRO S SILVA
RUA FREI IBIAPINA, 41
CENTRO
PIROS 66000046

AG= 152

Situação Agua/Água	Res.	Categorias de Uso	Inscrição		
		Com.	Ind.	Pub.	
27/09/2019		81 4 03 0121 0179-000		32	
29/10/2019		Data Consulta		32	
Métrico de Consumo		TATUARO P/ MINING DA TIGACAO			
04719	87	17	047		
05/19	139	17	24		
06/19	156	17	24		
07/19	172	16	24		
08/19	188	16	24		
09/19	30	16	24		
10/19	87	0	0		
		7	6		
Cód. da Base de Serviço		DESCRIÇÃO DA FATURA			
ESGOTO		TOTAL A PAGAR (R\$)		56,72	
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001		Valor (R\$)		31,33	
JUROS DE MORA 001/001		20,39			
MANUTENCAO HIDROMETRO		2,24			
		1,12			
		1,60			

VENCIMENTO 07/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

56,72

CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA CONFORME PONTE 2014/2013-AN									
Perfumes	Líquido	Gás	Óleo	Gasolina	Álcool	Água	Água	Água	Água
Valor Máximo Permitido	LE	10	5,0	8,2452	0,2	Fonte	2,0200	2,0200	0,00
MP Máximo de Anomalias Exigível									
MP Anomalias Realizadas									
MP Anomalia que Atende Legislação	3,89		2,60	7,09		0,00	0,00		
Valor Médio	PEDE A PARADA DE AGUA, LIGUE AS REFACTORIAS SOBREUDITE.								

Atenção! A AGESPISA NÃO VAI RETIRAR SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE A CONTA NA SITÉ WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA RÍE COLETORA. ESSE LIXO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL.

VENCIMENTO	07/11/2019	Impressão	81 4 03 0121 0179-000	AG= 152	
Res.	851389-9	Métrica	851389-9	Referência	001/2019
Categoria de Uso	Com.	Ind.	Pub.		

TOQUE A PAGAR (R\$)

56,72

82630XXXXXX-5 5672389918/0-6 851389918/0-5 19000000001-7





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

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

GUIA DE SOLICITAÇÃO PROCEDIMENTO CONSOLIDADO

99032330
PSF - PICOS

São Vicente

CARIMBO DA SMS E / OU UNIDADE SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão Nacional de Saúde	Nome do Paciente
702201813619101612191813	Jessica Elane Santos Oliveira
Endereço de Residência	Data Nasc.
Rua Frei Cândido	31/05/1995
Bairro	Idade
Centro	24
Código IBGE	Sexo
	M M F
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 M1D	
OBSERVAÇÃO: (Resultados de provas diagnósticas anteriores, Justificativa Clínica, etc.)	

DATA	Carimbo/ Ass. Solicitante	Realizado em:
28/10/2020	J. Leticia Rocha MÉDICO CRM-PI 1153	



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 320 Bela Vista Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-370 CNPJ: 00.336.517.0022-02

Prontuario:

525460

Internação:

249529

C611-DMV/CM

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA				
End. Resid.: RUA FREI IBIAPINO - SAO VICENTE				
Cidade: PICOS - PI		CEP: 64600-002		
Sexo: Feminino	Nascimento: 31/05/1995	Idade: 24a4m13d	Estado Civil: Ignorado	Profissão: ESTUDANTE
Admissão: 11/10/2019	G. Instrução: Não informado	Fone: 89-99460-0657	Cartão SUS (CNS): 702003360/61983	Procedência: PICOS
Pai:		Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA		
Responsável: SOCORRO - PVO				
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		Clinica:	
Data: 11/10/2019	Hora: 21:24	Data: <i>21/10/19</i>	Hora: <i>08:45</i>	CENTRO CIRURGICO
<u>Diagnóstico de Admissão:</u>				
Procedimento: 0408050012 - AMPUTACAO / DEPARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES CID 10: M872 - Osteonecrose devida a trauma anterior				
<u>Diagnóstico de Alta:</u>				
Procedimento: <i>Osteonecrose devida a trauma anterior</i> CID 10: <i>M872</i>				
<u>Tratamento Realizado:</u> <i>Amputação do membro inferior direito em nível da cintura com desbridamento urgente. Lixa com raspador.</i>				
<u>Exames Realizados:</u> <i>Exame g, fuso urin, eletrólitos</i>				

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

21/10/2019

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

Fone: (89) 3415-4252

E-mail: nasfpicos@gmail.com

REGISTRO N°

FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Nome do Usuário do Serviço: Jessica Elane Santos OliveiraUBS: Belimba Nunes IIReferência-NASF: 1BData: 23 / 10 / 2019Turno: Tarde

REFERENCIADO POR:	MOTIVO DO REFERENCIAMENTO:
<input type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Equipe do NASF Profissional: <u>Jonara Holanda de Moura</u> <u>Enfermeira</u> <u>CRA-PI 21.054.2</u> Outros: _____	ATENDIMENTO COM: <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="radio"/> Assistente Social <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> Nutricionista <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Outros
MOTIVO DO REFERENCIAMENTO	CONTRARREFERÊNCIA
Usuária necessitando de orientações para aquisição de sintomas e práticas, além de orientações para benefícios sociais.	



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



REGISTRO N°

FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Nome do Usuário do Serviço: Jéssica Elane Santos Oliveira
UBS: Belinda Nunes II
Referência-NASF: 15
Data: 23 / 10 / 2019 Turno: Tarde

REFERENCIADO POR:	MOTIVO DO REFERENCIAMENTO:
<input type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Equipe do NASF Profissional: <u>Ionara Nivalda de Moura</u> CREFEN PI 105.502 Outros: Assinatura e Carimbo do Profissional	ATENDIMENTO COM: Assistente Social Fisioterapeuta Fonoaudiólogo Nutricionista <input checked="" type="checkbox"/> Psicólogo Outros
MOTIVO DO REFERENCIAMENTO	CONTRARREFERÊNCIA
<p>• Paciente necessitando de consulta psicológica em decorrência de amputações de membro inferior direito</p>	



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

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento:P0681315 Registro:308061
Data: 17/09/2019 Hora: 16:31:00
Funcionário:CAROLINE Tipo:CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 121

SUS

JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

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

End.:FRET IBIAPINO, 41 -

IBGE: 2208007 Cor: PARDA

Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA

Telefone:() -

Celular:(89) 9942-3205

CPF: - RG: 3913631 - SUS: 702008369061983

Profissão: DOMESTICA

Civil: SOLTEIRO(A) CEP:64600-000

Bairro: CENTRO

Cidade: PICOS/PI

Pal: FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA

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

223505

Sem

Vermelho - Emergência Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: DOR NA Perna INCHACO .dorudo accidente ocorrido há 09 dias. Nega alergias a outros preexistentes .

Exame clinico/físico:

Pal:

Imp:

Tele:

Diagnóstico provável:

R:

AC:

DI:

Medicação:

NOTIFICAR?

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

DIF. - RJ ✓ Iri - MZ
A. Ano

Dr. Adilma de Sousa Ferreira
CRM-PI 00000000
CNPJ 0000000000000000

PTV
G

Int.Técnic

DR
CR

Dr. Adilma de Sousa Ferreira
CRM-PI 00000000
CNPJ 0000000000000000

Pr.
D:

Veronica Cristina S. Brito
Scien-PI 478442 EBF

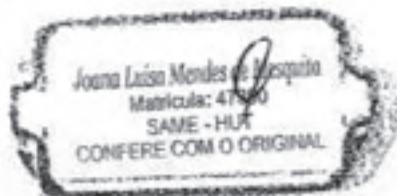
355436 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA



NOME DO PACIENTE: Jenica Elane 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

C. Atunor

BOLETIM DE ENTRADA (BE) NM60 9:40
14/10/19

Imp: 11/10/2019 21:53:59
(User: CICERO RIBEIRO)
(Etapa: CONSULTORIO)

Nome: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA		Frontuário: 525460
Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA	Pai:	
End.Resid.: RUA FREI IBIAPIANO - SAO VICENTE - PICOS - PI - CEP: 64600-002		
Nascimento: 31/05/1995	Idade: 24a4m1d	Sexo: Feminino Fone: 89-99460-0657
Responsável: SOCORRO - AVO	CNS: 702008369061983	
Profissão: ESTUDANTE	Documento: RG: 3913631 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

SSVV: (Hora: ____ : ____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bsp	Pressão: mmhg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: (explanada)				
PACIENTE VEIO REGULADA PARA PARECER DA C. VASCULAR COM RELATO DE TECIDO NECRÓTICO NO PÉ DA PERNAS DIREITA. TEVE ACIDENTE DE TRÂNSITO HA UM MÊS.				
<p>Afriicotia & Dipirona</p> <p>Dr. Jose Luiz Mendes Neto Matrícula: 770 SAMU - PCT CONFERE COM O ORIGINAL</p>				

Diagnóstico Inicial: Abscesso cutâneo furunculo + entez.	CID: 102
Exames Complementares: (1332797) - HEMOGRAFIA COMPLETO (1332798) - SÓDIO (1332799) - POTÁSSIO	(11.117-6 coll. 040,80 E00-)
Prescrição Médica: DIETA ORAL ZERO SF A 0,9%, 500ML EV, 12/12 HORAS RANITIDINA 01AMP + AD., EV, 12/12 HORAS DIPIRONA - 02 ML + AD., EV, 8/6 H SE DOR OU FEBRE BROMOPRIDA 01AMP + AD, EV, 08/08 HORAS, SE NÁUSEAS E/OU VÔMITOS	Dr. Robert E. J.

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

→ Jessica Rodrigues Penha
Assinatura Paciente ou Responsável

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



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

Imp: 11/10/2019 21:54:10
 (CICERO RIBEIRO)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

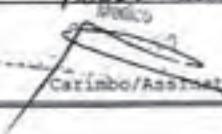
DADOS DO PACIENTE:

Nome: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA		Prontuário: 525460
Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA	Pai:	
End. Resid.: RUA FREI IBIAFINO - SAO VICENTE - PICOS - PI - CEP: 64600-002		
Nascimento: 31/05/1995	Idade: 24a4m1d	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.: - - -		

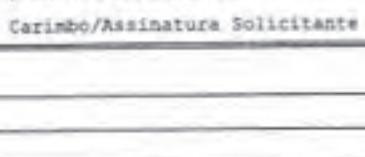
DOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 11/10/19 : 21:24:00	ESPECIALISTA: O. dentista
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Fez corte no dedo e ferme l cory lumb. (Cw: rebete fixador) (6 dias - 07h - tempo expetar envio de exame para G. Ribeiro - ferme lumb. acidentado no coto 1/2 cw de rebete no dedo	 Carimbo/Assinatura Solicitante
DADOS DO PARECER: Data/Hora: ___/___/___ : ___	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: ___/___/___ : ___	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	 Joana Laisa Mota de Mesquita 88000-000-41390 SAMU - HUT CONFERE COM O ORIGINAL
DADOS DO PARECER: Data/Hora: ___/___/___ : ___	 Carimbo/Assinatura Solicitante
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

23/09/59

09 H.

Pacif. con punto de vuela en el top con
uso de gatito e avale la pala cuando
se desprendió.

Sus garras no sueltan

~~✓~~

23/09/59

Punto con punto exterior con el top en
uso de gatito e con garras de abajo
llega en seguida

J. R. guardando

CRM - PI 710
M. G. B. 1000

DISTRIBUIDO POR JUSTITIA CUS
CONFIRME COM O ORIGINAL
Data 24/10/60



REGISTRO DE
RECORRIDOS

SOLICITAÇÃO: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA
TUR EXCLUIDA

Informações Gerais

VISÃO GERAL

MUDANÇAS QUADRO CLÍNICO

Paciente: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA - 702008049061943 - 31/05/1995 (24 anos). Peso: Már:	Estab. Solicitante	Hospital Regional Justino Luz (Flora/PF)
i Class. Risco: Emergência	Médico Solicitante	ACELISSANGELA ALVES VIEIRA DE PADUA
	Usuário Solicitante	Usuário Padrão
	Senha	VISUALIZAR SENHA (/internacoms/139265/Visualizar_senha)
	Observação Solicitante	
	Observação Executante	
	Caráter	Urgência
	Tipo de Lito	Cirurgia Vascular
	CDS	Fascite necrosante - Gangrena passiva
	Procedimentos	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBRIOS INFERORES
	Descrição Clínica	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA 1 MES COM TRAUMA EXTENSO NA Perna DIREITA, EVOLUIU COM FASCITE NECROSANTE COM REALIZAÇÃO DE MULTIPLOS DESBRANDAMENTOS SEM SUCESSO, NO MOMENTO EM USO DE IMPENEM E VANCOCOM LEUCO DE 19 ML, FEBRE. 10/10/2019 10:40 Para paciente segue com grave processo necrotico, dores intensas, limpeza superior apenas com uso de anestesia, necessita de regulação com urgência NECESSITA DE AVALIAÇÃO URGENTE DO VASCULAR PARA AVALIAR AMPUTAÇÃO PARA SALVAR VIDA. Visualizar mudanças (/internacoms/139265/mudanca)
	Protocolo de Atendimento	Pressão Sistólica: 130 Pressão Diastólica: 80 Saturação (%): 98 Frequência Cardíaca (bpm): 80 Frequência Respiratória (rpm): 14 Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 15 Assistência Ventilatória: nao_faz_uso

Observações

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
11/10/2019 09:06	Maria de Jesus Silva Araújo - Operador Internação - SESAPI	Excluída	
08/10/2019 18:10	Usuário Padrão	Fila de Espera	N-NEGADA na Regulação Municipal. Motivo: TRANSFERÊNCIA REJEITADA PELO ESTABELECIMENTO DE DESTINO EXECUTANTE (OUTROR), 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 hrl - Estab: Hospital Regional Justino Luz	Pendente	



SOLICITAÇÃO: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

STATUS: PENDENTE

SISTEMA DE GESTÃO DE ATENDIMENTO

Informações Gerais

● Paciente: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA -
702008369051983 -
01/01/1996 (23 anos),
Picos, M.
● Classe Risco: Muito urgente

● VISÃO GERAL

● MUDANÇAS QUADRO CLÍNICO

● EVOLUÇÃO

Estat. Solicitante Hospital Regional Justino Luz (Picos/PI)

Médico Solicitante RAQUEL RUFINO GOMES LEAL

Usuário Solicitante Usuário Padrão

Senha [VISUALIZAR SENHA \(/internacoes/139265/visualizar_senha\)](#)

Observação Solicitante

Observação Executante

Caderno

Urgência

Tipo de Leito Cirurgia Vascular

CIDs

Fascite necrosante Gangrena paroxística

Procedimentos

AMPUTAÇÃO DESARTICULAR DE MEMBROS INFERIORES

Descrição Clínica

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HA 1 MES COM TRAUMA EXTENSO NA Perna DIREITA, EVOLUÍU COM FASCITE NECROSANTE COM REALIZAÇÃO DE MULTIPLOS DESBRIDAMENTOS SEM SUCESSO. NO MOMENTO EM USO DE IMPENEM 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 (r/min): 14

Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 15

Assistência Ventilatória: não_faz_uso

Observações

Atualizações no Fluxo

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

Joana Luisa Mendes de 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/Apt*	Leito

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

Tédio neurótico + secreção peralveolar
U perde sono em M.D. após
ocorrência traumática

Anal inseguro pl desbridamento

20/9/19

Data

Ass. Médico Consultante

DR. ARAUJO DE LIMA
CRM-PI 1327

Parecer

Paciente C/ extensa lesão fm
M.D. c/ Ponto de necrose de
cervelo. Grande área de tecido
de granulomas.

CD - Monitor ATB

Curador C/ Olubarant +

Popamra

Plaqueador Perlevalmento
em pequenos focos

Assinatura: Dr. Luis Henrique da Mota
Matrícula: 4769
SANE-HNU
CONFIRME COM O ORIGINAL

20/9/19



No. da Autorização de Internação Hospitalar (Alm)

251499

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47360
SAMU-HUT

CONFERE COM O ORIGINAL

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

24-CIN Princ.: **9768**

Outras entesopatias do membro inferior, excluindo o pé

Tempo: **000**25-CIN Sec.: **9768**26-CIN C. Sec.: **9768**

27-Procedimento Solicitado:

28-Cod.Proced.: **0408050080** 29-Clínica: **FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES**30-Caráter: **Ident.** 31-Docum.: **32-Doc. Méd. Solic.:**

02 01 CPF 935.044.623-53

32-Doc. Méd. Solic.: **935.044.623-53**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

ROBERT EUDIAS NUNES DE SOUSA SEGUNDO

12/10/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	37-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBDR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (HERBERT ALLENCK)
Consulta Local: 788816
Consulta SUSI:
+556283310000

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

Frontuário:
525460
 Internação:
249529

Nome: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

End. Resid.: RUA FREI IRIBAPINO - SAO VICENTE

Cidade: Picos - PI

CEP: 64600-002

Sexo: Feminino	Nascimento: 31/05/1995	Idade: 24a4m13d	Estado Civil: Ignorante	Profissão: ESTUDANTE
Internação				
Data 11/10/2019	Hora 21:24	Data 21/10/2019	Hora 08:45	Permanência

Diagnósticos: *Urticárcore devido a traumotoma anterior*

CID Principal: *Urticárcore devido a traumotoma anterior*

Cod.CID:

M	?	7	2

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):
Boa evolução de evolução autolimitada de 1 mês com lesões alças na perna direita envolvendo fossas ilíacas com redução de amplitude subitando em surtos.

Evolução e Situação na Alta:

Pouca evolução com melhora progressiva em sobre dor. Evolução boa, sintomática com poucas, com quadros de alta da noite.

MEDICAÇÕES:

*Nome: Luis Mendes de Souza
 Matrícula: 47399
 SAMU - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAIS*

CIRURGIA: Data: 13/10/2019 Tipo: Deslidamento urgente da coxa direita.
13/10/2019 amputação nível de coxa.

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Evolution para psicólogo, 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

NOME Júnia Blane Santos de Oliveira IDADE anos DATA 13/10/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10:42 min TIPO DE ANESTESIA GERAL / RRAQUE / BLOQUEIO / PERIDURAL / SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Amp. tâmnus de cecum b. CIRURGIANO

SINAIS VITais	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAIDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>95/150 (65)</u>	<u>96/51</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>60</u>	<u>40</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Paulo</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT E KROLIK		ADMISSÃO		SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sól com comando	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2
	Acréscita disnéia ou limitação da ressonância	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Está lucido e orientado no tempo e no espaço	2	2	2
	Dessorata, se solicitado	1	1	1
	Não responde	0	0	0
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 95% respirando em ar ambiente	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1
	Acrecenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL		
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.		

[] SONDA VESICAL	[] DREN. DE SUCÇÃO	[] DREN. TORACICO	[] DRE	[] COLOSTOMIA	SONDA [] NASOOG. [] NASOEE
ra	ra	ra	ra	ra	
ra	ra	ra	ra	ra	

E CÂO DE ENFERMAGEM:
10:42h Admitida na sala no ato de amputação à nível de coxa (6). Sub opsto ok seguramente consciente, orientada, fala. Respiração espontânea. Têm estudo que-

10:42h Júlia Maria Mendes
 Matrícula: 40390
 SAÚDE PÚBLICA
 CONFIRA CONCILIARIA

PREScrição MÉDICA

ALTA SRPA
Dr. Italo Henrique B.L. Silva
Medicina Anestesiologia
CBS 0051 / RG 2968

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSU [] RADIOGRAFOS E CPÁDICOS []

NIE OK

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. U.: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] ORL [] MÉDIO



Fis N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 33/30/33

NOME DO PACIENTE:	<u>Jessica Elane Santos</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>525460</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	<u>Carlos Gustavo</u>	Nº DA SALA:	<u>08</u>
CIRURGIÃO:	<u>Robert</u>	CPF N°	<u>XXXXXXXXXXXXXX</u>
AUXILIAR:	CPF N° <u>XXXXXXXXXXXXXX</u>		
ANESTESIA:	<u>Rogério</u>	CPF N°	<u>XXXXXXXXXXXXXX</u>
INSTRUMENTADORA:	<u>Viana</u>	CPF N°	<u>XXXXXXXXXXXXXX</u>
CONFERE COM O ORIGINAL			

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>-24</u>	UNID.	<u>03</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>7,5 - 8,0</u>	PAR	<u>06</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA N° _____	PAR	—	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>03</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>04</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>300</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>300</u>	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	<u>300</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	<u>10</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>20</u>		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE NF	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO <u>500</u>	FRASCO	<u>04</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	—		<u>Criopom</u>		<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.	/			<u>Excavas = 02</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	/			<u>Murin = 03</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.	/			<u>Bisturi Eletrico Monofônico = 06</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.	/			<u>Ouros de Proteção = 01</u>			
ALCOFIL <u>-0</u>	<u>02</u>						
MONONYLON	/						
FITA UMBILICAL	/			ENFERMARIA:			
VICRYL	/			CIRCULANTE: <u>Vandinha</u>			
PROLENO	/						



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Jessica Flávia Souto Oliveira	PRONTUÁRIO	525460
DA CLÍNICA	Hospital urgencia Rodo 48 - Vila União.	LEITO	30
À CLÍNICA	Psicologia		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente de 24 anos vítima de acidente automobilístico com encarceramento do membro (esquerda) de forma direta.
Desconhece os exames paliativos para cura.

Rodrigo Ramos
Ass. Médico Consultante
Ass. Psicólogo

DATA: 14/10/2019

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Realizado atendimento psicológico para o paciente. No momento, consciente, orientada, tensa, aberta ao diálogo. Apresenta humor cínico, softe sobre-guardo. Paciente apresenta boa adaptação e expectativa da situação atual. Dados apontam que não haverá a paciente e família.

José Luís Mendes de Oliveira
CRM: 47390
PSAME - HUT
CONFERIR COM O ORIGINAIS

Adriana de Souza Brandini
Psicóloga HUT
CRP 2100773

DATA: 14/10/19

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Jessica Elane Santos Oliveira

Diagnóstico pré-operatório

Vagite lobulada

Operação - Tipo

Amputação do úmido de Cerv

Cirurgião

Robert

1º Assistente

—

2º Assistente

—

3º Assistente

Instrumentador(a) Viana

Anestesista

Carlos Gustavo

Anestesia

Raque

Anestésico(a)

Data da Operação 33/30/139

Inicio

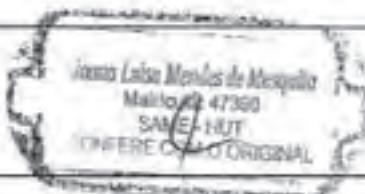
Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Forcote + urostile

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



25

Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

O HAP co lobuloplastia e combate à ferida.
O berretamento expõe o tecido apical, identifico
os colpos suineto e seu vasos. No círculo é espalhado
o gelatina + parafina e hastes excedentes
O fio é puxado para dentro do úmido de cerv
Sutura e sólido é obtido a molas viscoelásticas
(2) hastes e cada haste é feita a placa (2) hastes
para placa. (6) ligaduras de fio de cloruro - uridina
(7) encolamento de sutura com fio de algodão (Dacry)
O hemostase; (8) desinfecção adequada

HU	FICHA DE ANESTESIA						FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA													
Nome: Sérgio Reime						Sexo:			Alergia: Nenhum			Data: 13/06/19								
Procedimento: Debridamento miótico						Ourgão: Oz.			Observações:											
Agente		Unid	5	15	30	45	90	15	30	45	180	15	30	45	180	15	30	45		
1	Cefazolin	mg		2																
2	Baclofen	mg		10																
3	Anticef	mg		50																
4	Biparox	g			2															
5	Cipro	mg			4															
6	Bisopropi Xilometo	mg		15																
7	Morfina	ug		80																
8	Fentanil	ug		25																
9	MPF	mg			2															
10																				
11																				
12																				
13																				
Oxigênio			100% / 100%						AAAABBBBCCCCDDDD											
ARVADO																				
Volemia		%																		
Acesso Vascular																				
<input checked="" type="checkbox"/> Periférico		450																		
<input type="checkbox"/> Cat. Venoso nº		100																		
<input type="checkbox"/> Dificuldade aces. venoso																				
<input type="checkbox"/> Gatos / cateteres																				
<input type="checkbox"/> Central																				
Via Aérea		150																		
<input checked="" type="checkbox"/> Cateter nasal																				
<input type="checkbox"/> IOT nº																				
<input type="checkbox"/> LMA nº																				
Monitorização:		100																		
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio																				
<input checked="" type="checkbox"/> PA																				
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso																				
<input type="checkbox"/> ETCO ₂																				
<input type="checkbox"/> Outras																				
Anestesia:		50																		
<input type="checkbox"/> Geral Venosa																				
<input checked="" type="checkbox"/> Geral Balanceada																				
<input checked="" type="checkbox"/> Raquianestesia																				
<input type="checkbox"/> Peridural																				
<input type="checkbox"/> Bloqueio Periférico																				
<input type="checkbox"/> Outros																				
Decubito: DHV (08:40 -)																				
PHD (-)																				
SPO ₂ (%)		97 99 99 99 99 99 98																		
ETCO ₂ (mmHg)																				
Aces. Venoso		(S)	(P)	(C)																
Aces. Venoso		(C)	(P)	(S)																
Diurese		300 mL																		
Perdas Sanguíneas																				

Descrição da Anestesia: Realizou-se intubação e anti-espasmo.
Sopro subacetabular, em C3-C4, no mediastino, com ogâni 22g
de glicerina. Superfície de bispsi grande 15x15 cm x fat 25 mg x
Morfina 80ug.

Dr. Carlos Gustavo Silveira
MÉDICO ANESTESELOGISTA
CRM-PB 4057

Anestesiologista

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

HOME JESSICA E. SANTOS OLIVEIRA GRADE 24 anos DATA 18/10/2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 50 min | TIPO DE ANESTESIA | GERAL RAQUEI BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Riquidotomia coto n. CIRURGIÃO M-V-J

SINAIS VITais	HORÁRIO			
	ADMISSÃO	12:40	13:20	Saída
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	90/51	91/52	107/72	100/57
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	94	76	71	72
SATURAÇÃO DE O2 (%)	99X	97X	97X	95Y.
TEMPERATURA AXILAR (°C)				

ANSWER

Grlene Grlene Grlene Grlene

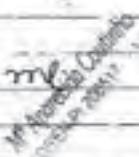
ÍNDICE DE ALDRETTEE KRÖLIK			ADMISSION			SAINTE
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros.	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input 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"/>
	A apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apneia	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 25-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lucida e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperga, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	A apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO							TOTAL	09		
ESCALA DE DOR ALTA							ASS.	Jandirina		me

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitida na SRPP em por de
urgência de Coto, segue calma; pacienta ag.
Enf. finalmente 434 168

14:05 Alter da 3994. mls



www.cocacola.com

ALTA VERA

Thiago Mendes Barbosa
Anestesiólogo
CRM - PI 8147 / RQE 2512
Anesthesia & ICU

ENCAMINHAMENTO | EXTERNO | SALA DE GESSO | IMAGENS | GRÁFICOS |

P.08 - Returns



Fis N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

DATA 18, 10, 19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE <u>Júnia Ebane S. Oliveira</u>		RESIDUÁRIO N°: <u>525460</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Debridamento cirúrgico</u>		CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>08</u>	
CIRURGIÃO: <u>Marcos Vazquez</u>	CPF Nº	
AUXILIAR: <u>Bastudan</u>	CPF Nº	
ANESTESIA: <u>Hiran</u>	CPF Nº	
INSTRUMENTADORA: <u></u>	CPF Nº	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>01</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA N° <u>610</u>	PAR	<u>01</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA N° <u>810</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>04</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>70</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>03</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	—	
ESPARADRAPO	CM	<u>70</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO <u>500ml</u>	FRASCO		
GASES	PAC.	<u>Q3</u>		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N° <u>20</u>	UNID.	<u>01</u>		elto do	UNID.	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>locuva</u>		<u>02</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>catectri o2</u>		<u>01</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				<u>crepom</u>		<u>02</u>	
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2-0</u>	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0</u>	01			CIRCULANTE <u>Q. Jafere</u>			
PROLENO							

Assinatura: José Luiz Mendes de Melo
Tel. (086) 47330
SIME-SALT
CONFIRME COM O CHAMADO



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

253389

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES: 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES: 5828856	249842

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

- Noreste em coto de coxa D.

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:
Ingrina não classificada em outra parte

24-CIN 25181: 25-CIN 2601: 26-CIN C.8xx:
R02

Nome / sigla Membro da Equipe
Matrícula: 47300
SAÚDE-HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.: 0415040035	29-Procedimento Solicitado: DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	Tempo: 30m	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF: 811.397.463-00
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	34-Data Solicitação: 18/10/2019	 Dr. Marcus Aurelio Pereira de Araujo Varanda <i>Medicina - Cirurgia Vascular</i> <i>Nefrologia - Endocrinologia</i> <i>Med. Ass. CRM-PI 3061</i> <i>Med. Soc. (CRM)</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização:
48-Documento: <input checked="" type="checkbox"/> CNES <input checked="" type="checkbox"/> CPF	49-Num. Documento:
50-Ans. Carimbo (Rg. Conselho)	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

X Marcin & Daiva Dr.

Unidade: **ONCLILA BATISTAU**
 Consulta Local: **746016**
 Consulta SUS:



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

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	Pronto-Atendimento	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Lito:	Médico Assistente:
249642	525440	JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA	31/05/1990	CLINICA CIRÚRGICA - PSC	ENFERMARIA 222	LEITO 34	ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Exames:	BEM						
Notas:	<p>8. DOPO AMPUTAÇÃO DE COXA DIREITA. SÍGNE AFRÉRIL, HIDRATADA, REPOÇOBADA. INDOLOR. A MELITICAÇÃO E PALPACAO DO MARGO AMPUTADO E EN COTO DE AMPUTAÇÃO DIREITO. CICATRIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO ASEGURADA, SEM SÍGNIS INTLAMATÓRIOS. E SEM CREANCAS DE SECRECOES. REFUS ALIMENTAÇÃO E BOMO ADEQUADO, DIURAS E EVACUAÇÕES FISIOLOGICAS E ADEQUADAS. EXAMES LABORATORIAIS (17/10): HB = 11,5; LEUCO = 10.000; PLACOETAS = 312.000</p>						
3 DIA - DESEMBOLDO CIRÚRGICO REALIZADO 18/10/2019 - SEM INFECÇÃO/INFECTA, D. 9 AMPUT/OFICO							
Saq. 1	Descrição-Apresentação/Observação:						
Dieta	Cost. tipo livre;	Dose:	Unid.:	Vias:	Int.:	Recora:	D.L. Vol.:
1	CHOCOTTO DE BÔCO 0,9% (SOMO FISIOPOLIGO)	1,50	Frasco	EV	8/8h		
2	HEMOPENH 10 PÓ P/ SOL. INJETAVEL	1,00	Grama(s)	EV	8/8h		
3	VANCOMICINA 500MG/ME, PÓ P/BOL. INJ.	2,00	Ampola	EV	24/24h		
4	DEPTONA BÓDICA 500MG/ME, INJ. 2ML	1,00	Ampola	EV	6/8h		
5	TRAMADOL 100MG/2ML INJETAVEL	1,00	Ampola	EV	8/8h		
6	FLUCONAZOL 150MG	1,00	Capsula	GFE	24/24h		
7	RANITIDINA 250MG/ME, INJ. C/2ML	1,00	ml.	EV	12/12h		
8	ENZONAPARTIDA BÓDICA 400MG/0,4ML SOL. INJ. TERESA	1,00	Seringa	Educa&	24/24h		
Alergias:	Fo. 57 anos Alergo						
Diagnóstico/Comorbidades:	Sc ornal						

João Luiz Mendes de Melo
Matrícula: 709
SAME - BUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Ana Mariana - UASC - Drenos
CÉR - curso
PDI/UNIFESP

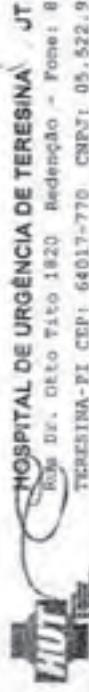
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - AUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 06 3216 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA N°: 71293 - Em: (21/10/2019)

Atendimento	Pronome	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Lito:	Médico Assistente:
249942	215460	JESSICA ELIANE SANTOS OLIVEIRA	31/03/1997	CLINICA CIRURGICA + POC	ENFERMARIA 222	16170 34	ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Evolução:	8.00 AMPUTAÇÃO DE COXA DIREITA. PACIENTE REALIZOU AMPUTAÇÃO DE COXA DIREITA EM 13/10 POR LESÃO NECROSADA, SEGUNDO AFIRMAR, HIPOCRATERA, HIPCOTERA, INDICAR A MINILIZAÇÃO E PALPACAO DO MEMBRO AMPUTADO E, EM CASO DE AMPUTAÇÃO DIRETA, CRACTATRIZAÇÃO DO CORPO DE AMPUTAÇÃO ALBUQUERQUE, SEM SINAIS INFLAMATÓRIOS E SEM DISCUSÃO DE SIECHESSES. RETEAS ALIMENTAÇÃO E SONO ASSEGUADOS, DIURESE E ENFACIAÇÕES FÍSIOLOGICAS E ADICIONADAS. EXAMES LABORATORIAIS (17/10) : SB = 11,5 ; LECDO = 10900/r PLAQUETAS = 312000						
	3 DIA - DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO REALIZADO 16/10/2019 - SEM INTERFERÊNCIA.						
	D 9 ANTIBIÓTICO						
Seq.:	Descrição-Apresentação/observação:	Dosis:	Unid.:	Via:	Int.:	Recom.: Dil. Vol.:	Horário:
	ORAL Tipo Livre,						
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SÓRIO FÍSIOLOGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	8/h		
2	NEUROPENEM 1G PÓ P/ SOL. INJETÁVEL	1,00	Grau(s) a	EV	8/h		
3	VANCOMICINA 500MG, PÓ P/SOL. INJ.	2,00	Ampola	EV	24/24h		
4	DEPIRONA BÓDICA 500MG/ME, INJ. 2ML	1,00	Ampola	EV	8/h		
5	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL	1,00	Ampola	EV	8/h		
6	FLUOCORTASOL 150000	1,00	Cápsula	GIT	24/24h		
7	BANTIDINA 25MG/ME, INJ. C/2ML	1,00	nl.	EV	12/12h		
8	ERODIAPANINA SÓDICA 400MG/0,4ML SOL. 1000ML SERINGA	1,00	Seringa	Subcutânea	24/24h		

João Luís Mendes de Mesquita
Matrícula: 47739
SAME - HUT
CONFERE COM O DR. GOMES



Rua Dr. Octavio Fato, 1820
Teresina-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

UT

Prescrição Médica

PRESCRIÇÃO MÉDICA N.º: 71146 - Em: (20/10/2019)

(22) / 34

Atendente	Prestador:	Paciente:	Dt. Nasq.	Clinica:	Enfermaria:	Lito:	Médico Assistente:
249442	525460	JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA	31/08/1995	CLINICA CIRURGICA - PÓS	ENFERMARIA 222	LITO 34	ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Evolução:							
Horas: 7 DPO. AMPUTAÇÃO DE COXA DIREITA. PACIENTE REALIZOU AMPUTAÇÃO AMBULATÓRIA, ALCOCADA, INCOLOR A HIBERNACAO E PALPAÇÃO DO MEMBRO AMPUTADO E DO COTO DE AMPUTAÇÃO DIREITO. CICATRIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO ADEQUADA, SEM SENHORAS INFLAMATÓRIAS E SEM DRENAGEM DE SUCESÇÕES. RETEFE ALIMENTAÇÃO E SONO ADEQUADOS, DEURENSE E EVANÇÔNCES FÍSIOLOGICAS E ADEQUADAS. FRAZES LARVATORIAS (17/10): RR = 11,5 LEUCO = 10100; PLAQUETAS = 312000							
2 DIA - HOSPITALIZADO CIRÚRGICO REALIZADO 19/10/2018 - SEM INTERCOMBINAÇA.							
D 8 ANTIBIOTICO							
Seq.:	Descrição-Apresentação:	Unidade:	Dois:	Unid. Vol.:	Vias:	Int.:	Secund.:
	ORAL TIPO-LÍQUIDOS						
1	CLORHEX 0,9% (SÓRIO FISIOLÓGICO)	1,00	Frasco	EV	8/8h		
	SÓRIO, SIST. FECHADO						
2	MEBOPENEM 1G PÓ P/ SOL. INJETÁVEL	1,00	Gramma(s)	EV	8/8h		
3	VANCOMICINA 500MG/ML INJ. 250ML	2,00	Ampola	EV	24/24h		
4	DIFERONA SÓRICA 500MG/ML INJ. 250ML	1,00	Ampola	EV	6/6h		
5	TRAMADOL 100MG/25ML INJETÁVEL	1,00	Ampola	EV	8/8h		
6	FLUCONASOL 150MG	1,00	Caiparia	GTT	24/24h		
7	BANHETINA 250MG/ML INJ. C/2ML	1,00	mL	EV	12/12h		
8	ENOXAPARINA SÓRICA 4000UI/0,4ML SOL. INJETÁVEL	1,00	Seringa	Subcutâ	24/24h		

João Luís Mendes de Almeida
Matrícula: 47390
SANE-HUT
CONFERE COM O DR

Dr. Marco Antônio
Agostinho Vaz
CRM-PI 2115



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Yessica Glane Santos Oliveira</i>			
Diagnóstico pré-operatório <i>Necrose coto coxa I.</i>			
Operação - Tipo <i>Abordamento cirúrgico</i>			
Cirurgião <i>Marcos Varanda</i>	1º Assistente <i>Baldan Ribeiro</i>	2º Assistente <i>—</i>	3º Assistente <i>—</i>
Instrumentador(a) <i>—</i>	Anestesiista <i>Willis Moraes</i>	Anestesia <i>Raquel</i>	
Anestésico(s) <i>—</i>			
Data da Operação <i>18/10/19</i>	Inicio <i>10:40</i>	Fim <i>11:40</i>	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
<p>Acidente Durante a Operação <i>- Sem intercorrências</i></p>			
<p style="text-align: center;">DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p><i>Opacidade na cicatriz dorsal, sob roquemalas fissia (1) assopro e fistula pélvica (2) fistula cavada de campo (3) exarce de tecidos necrosados (5) lavagem da F.O (6) Fechamento das placas (7) curativo</i></p>			
<p style="text-align: center;"><i>Dr. Marcos Varanda Angiologia - Cirurgia Vascular CRM-PI 3061</i></p>			



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



859823

113-522-917/6028-70
CENTRAL DE URGENCIA DE TERESINA
PROFº. ZENON ROCHA
Rua Dr. Otávio Tito, N° 1820
Terezina - CEP: 64.017-770
Teresina - PI

Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta

Especialidade

Nº Cartão SUS

CEIR - Ortopedia

Nome do Paciente (preencher sem abreviar)

Raca/Cor

Jeneca Elane Santos Ullusino

Nascimento

Idade

Sexo

RG / CPF

31/05/1995 24 a Masc. Fem.

Nome da Mãe

CEP

Endereço (Logradouro, Número/Lote)

Bairro

Complemento

Município

UF

Fones

Dados Clínicos

Exsanguiaria de membro inferior

Carimbo/Aassin. do Profissional de Saúde

Data: / /

Dados do Agendamento

Local do Atendimento

Endereço (Logradouro, Número/Lote)

Nome do Profissional de Saúde

Data e Hora do Companhamento

Carimbo/Aassin. Respons. pelo Agendamento

/ / : :

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.

Nº DA AUTORIZAÇÃO

Formulário II / 2017

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE PICOS**COMPROVANTE DE MARCACAO DE CONSULTAS/EXAMES**

Objt: c5e61b7e-fd12bf54-5aa2d2bd-3fd1df24

Enderecoamento Solicitante: CENTRAL DE REGULACAO AMBULATORIAL

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

Emissao: 29/10/2019

Agenda: 1477055

Autorizacao: 852611900

Usuaria: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Cartao SUS: 702008369061983 **Nascimento:** 31/05/1995 **Telefone:** (89)9903-2330 **Municipio:** PICOS**Lugar de Atendimento:** CIEMEndereco: RUA PROJETADA 338, 1337 **Bairro:** CATAVENTO

Fone: (89)988861-2912

Profissional: JOSE ALMEIDA LEAL

CRM: MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR

Procedimento(s):

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATE ICAD ESPECIALIZADA Qtde: 1

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

Concedente este comprovante no ato do atendimento

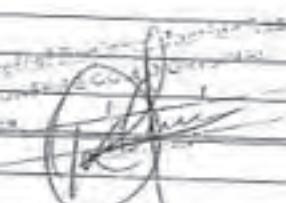
Nao aceite nada em caso de nao haver atendimento

Apresentese ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo/Responsavel pelo Agendamento

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE		<i>Waldo Elávio Soárez Oliveira</i>		
PRONTUÁRIO	30.8061	CONVÉNIO	SEXO	APT°
			M	
			DATA	23/09/2019
			HORA	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO				
<i>suspeito tumor maligno</i>				
DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA		<i>Desbridamento tumor maligno</i>		
DATA		23/09/2019	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA		CIRURGIA REALIZADA		
TIPO DE CIRURGIA: <input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> REITERAÇÃO				
<input type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA				
DESCRÍÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRURGICO				
<ol style="list-style-type: none"> 1 ADH morte topo 2 Plat CE 3 fui pelo topo desbridando eixo identifico tumore de todo seu circulo limpa + pur <ol style="list-style-type: none"> 4 abertura exaurito + cerato composta 				
 				
INTERCORRÊNCIAS				
ANTIBIOTERAPIA		<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM	ANATOMIA PATOLOGICA	
QUAIS:			<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM	
MATERIAIS ESPECIAIS:		<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SÍNTESE TIPO:	LOCALIZAÇÃO	
MEDICAMENTOS UTILIZADOS:			<input type="checkbox"/> ÓRTESE TIPO:	
TIPO DE ANESTESIA		ANESTÉSICO		DURAÇÃO
ANESTESISTA				
CIRURGIÃO		CREMEB	ASSINATURA	
1º CIRURGIÃO AUXILIAR		CREMEB	ASSINATURA	
2º CIRURGIÃO AUXILIAR		CREMEB	ASSINATURA	

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	<i>Júdice Gláne Santos Oliveira</i>		
PRONTUÁRIO	308061	CONVÉNIO	S.S.
		SEXO	F
		DATA	06/10/2009
		HORA	

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO*fascite necrosante***Descrição da Cirurgia**

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

Descrição da Técnica / Achado Cirúrgico

*1 - DD RT marta - naqui
 2 - AACCE
 3 - Fechado com sutura cláudica e fascite
 4 - paciente com queimadura de 15% do corpo no
 membro.
 5 - Drenagem exantemática
 6 - Cervelo*

Dr. Francisco J. Luz

INTERCORRÊNCIAS

ANTIBIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
QUAI'S:			Nº DE PEÇAS:	LOCALIZAÇÃO:	

MATERIAIS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	SÍNTESI TIPO:	<input type="checkbox"/> ÓRTESE TIPO:
---------------------	------------------------------	------------------------------	---------------	---------------------------------------

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
ANESTESISTA		

1º CIRURGIÃO	CREMEB	ASSINATURA
2º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA
3º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	<i>Teresa Elizete Soárez Oliveira</i>		
PRONTUÁRIO	308061	CONVÉNIO	Sus
		SEXO	APT°
		DATA	LEITO
		07/08/2003	HORA

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	<i>Varíz esofágica</i>		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	<i>Ressecção do útero descolado</i>		
ATA	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA	
CIRURGIA PROPOSTA	CIRURGIA REALIZADA		
TIPO DE CIRURGIA:	ELETIVA	<input type="checkbox"/> REITERAÇÃO	
<input type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA			

DESCRÍÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO	<i>1 - DDA - Tumor - Iugular 2 - AA + CE 3 - Ressecção ampliada da dermoplastia paroxe; silvade de colo vel descolamento -摘除 excisão - Perito comum</i>		

INTERCORRÊNCIAS	<i>(Assinatura)</i>		

ANTIBIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	ANATOMIA/PATOLOGICA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
QUAI:			Nº DE PEÇAS:	LOCALIZAÇÃO:	
MATERIAIS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SÍNTESE/TIPO:	<input type="checkbox"/> ÓRTESE/TIPO:	

MEDICAMENTOS UTILIZADOS					

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO	
ANESTESISTA			
1º CIRURGIÃO	CREMEB	ASSINATURA	
2º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA	
3º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA	

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

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

Nº AIH
WILIAM

BOLETIM DE ADMISSÃO

308061 - JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - Nascimento: 31/05/1995 - Cor/Raça: 03-PARDA
24 A,4 M,23 D

Clinica: CIRURGIÃO	Enfermaria: 15- CIRURGIA GERAL - F	Leito: C15/74	Convênio: SUS
Escolaridade: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Médico: 5040 - KASSIANO CAETANO NOGUEIRA		
CPF: RG: 3913631	CNS: 702008369061983	SIS Prenatal:	
Endereço: FREI IBIAPINO, N° 41 - CEP: 64600-000		Bairro: CENTRO	
Cidade: 2208007- PICOS/PI	Profissão: DOMESTICA	Telefone: (89) 9942-3205	
Pai: FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA	Mae: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA		
Responsável: MACIELMA ARAUJO BARBOSA - (89) 9942-3205 - PRIMA			
Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO			

Dia: 24/09/2019 - Hora: Definitivo:

Resultado

Curado
 Melhorado
 Inalterado
 Piorado

Removido
 Pedido
 Evasão
 Indisciplina

48 Horas
+48 Horas
Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

KASSIANO CAETANO NOGUEIRA

S. RETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO P.º
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PICOS-PI

NOME: <i>Jessica Elene Sampaio</i>		CAB.	014	APTO:	69	LEITO	R. MET.
		RELATÓRIO DE ENFERMEGEM			OBSERVAÇÕES		
		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO					
PESCRIÇÃO MÉDICA							
<i>14. DPO desembolus corrigido. 15. DAS desembolus corrigido. Financeira fechada. DATA: 11/10/2019</i>							
DIETA: <i>Doral Reparadora x</i>							
SF0,9% <i>peru</i>							
RANITIDINA 1AMP + AD EV 12/12							
DIPIRONA 500MG/ML - 1AMP+AD, EV, 6/6H							
TILATIL 1AMP + AD EV 12/12 H							
PLASIL 10MG - 1AMP+AD, EV, 8/8HRS							
DIMETICONA 40 GOTAS VO 6/6HORAS							
TRAMAL 100MG 1FR + 100ML SF0,9% EV 8/8H SE DOR							
REFRATARIA A TILATIL. <i>Logo 6/6H</i>							
GLICEMIA CAPILAR 6/6H SN							
INSULINA REGULAR SC SE GLICEMIA: <180:0U 201-250:4U 301-350:8U							
181-200:2U 251-300:6U >351:10U							
GLICOSE 50% 4 AMPOLA EV, SE GLUCEMIA <60MG/DL							
CCGG + SSW							
<i>Intolerância a 100ml SF ev 12/12 h 24 Verde manha. 500mg + 05amp 500ml ev 8/8h. 14 22 06 Força reatrizal 1000ml. Diluído. Diluído em 6c atumad Cortopressina Jessey lucas.</i>							
Horário							
Glicemia							
Tax							
PA							
Diurese							
Drenos							



Piauí
JORNAL DE NOTÍCIAS

FEPI SERH
Faculdade de Letras da Universidade
de São Paulo

Sistema
Único de
Saúde

HRJL

550

HONORABLE MENTION

PRESCRIÇÃO
MÉDICA

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



Piauí
JORNAL DA AUTORIDADE



Sistema Único de Saúde



FEPI SERH
Federación de Empresarios
de la Construcción y del Mobiliario

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LIZ

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





Piauí
www.piaui.com.br

FEPI SERH
Fachgruppe Erweiterte Pflegeberufe
der Berufsgenossenschaften

505

Sistema Único de Saúde

PRESCRIÇÃO

HRUL

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

卷之三

bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2023.09.07.553522>; this version posted September 7, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under a [CC-BY-ND 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/).




Piauí
ESTADO DO PIAUÍ



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



HOSPITAL BENICHA 170

Sistema
Único de
Saúde

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

PRONTUÁRIO Júnio Gómez Scinto		CLÍNICA		DATA/ HORAS CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA # Prescrição 1: Rx dinâmico/estatico	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	69	MÉICO ASSITENTE
HORA	CODIGO/	HORARIO	RELATORIO DE INFERNAGEM OBSERVACOES							
02/10/19	1. Dolor diente,									
	2. SF 20/ S00m ou R 1126	10 20	Do 08:40hhs, paciente fez no dia 20-09-19, houve, dor intensa, descomunal e com duradura de 24h, dura, dura, dura, dura, dura e duração de 24h, permanente, permanente, permanente, permanente e permanente.							
	3. Tumores (e + Rx) S00/ S01 ou 12126	12 21								
	4. Hemorrage S00y + 102m S00 y S00d	14 22								
	5. Fazenda - comp + 110 ou 12126	12 23								
	6. Dolor no. / comp EVA 66	12 24								
	7. Dolor - / comp S00 y S00 y S00	14 25								
	8. Traqueia / Dolor + 102m S00 y S00d	14 26								
	9. SSVU + CCCG	14 27								
	10. Seltos / lemnogene	14 28								
	11. Oconiculodos de fluoresc	14 29								
	12. Meningo - lemnoge + 1.200 y 1.200 y 1.200 y 1.200 y 1.200	14 30								
	20/ acti w/65 n/65	14 31								
	13. Melaninucleo 701 S01/ung S0 8/8h	15 00								
	10. Unha com descolamento	15 01								
	ATENCI: Paciente com melasma e descoloramento de unhas	15 02								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 03								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 04								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 05								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 06								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 07								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 08								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 09								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 10								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 11								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 12								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 13								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 14								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 15								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 16								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 17								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 18								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 19								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 20								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 21								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 22								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 23								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 24								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 25								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 26								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 27								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 28								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 29								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 30								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 31								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 32								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 33								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 34								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 35								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 36								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 37								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 38								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 39								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 40								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 41								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 42								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 43								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 44								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 45								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 46								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 47								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 48								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 49								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 50								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 51								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 52								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 53								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 54								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 55								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 56								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 57								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 58								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 59								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 60								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 61								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 62								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 63								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 64								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 65								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 66								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 67								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 68								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 69								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 70								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 71								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 72								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 73								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 74								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 75								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 76								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 77								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 78								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 79								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 80								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 81								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 82								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 83								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 84								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 85								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 86								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 87								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 88								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 89								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 90								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 91								
	com melasas e descoloramento de unhas	15 92			</td					



Piani

卷之三



FEPI SERH

www.HanwritingHelp.com

515

Sistema
Único de
Saúde

HOSPITAL REGIONAL ASTURIAS

PRESCRIÇÃO
MÉDICA

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

PRONTUARIO CLÍNICO

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>22/03/10</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>Desbridamento cirúrgico do M1D</i>				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				<input type="checkbox"/>	ARCO CIRÚRGICO	
SERINGA 5 ML 10 ML	<i>02/02</i>			<input type="checkbox"/>	BOMBA DE INFUSÃO	
SERINGA 20 ML				<input type="checkbox"/>	ASPIRADOR	
KIT ACESSO CENTRAL				<input type="checkbox"/>	AUTOCLAVE	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				<input type="checkbox"/>	INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	
AGULHA 40X12	<i>02</i>			<input type="checkbox"/>	ULTRASSON	
ALGODÃO				<input type="checkbox"/>	STIMPLEX	
ÁGUA DESTILADA				USO DA SALA		
PVPI tubo + agujasuti 100/100 ml				INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				<i>11:15 hs</i>		
LETOR DE URINA				OPERAÇÃO		
COVA COM DEGERMANTE				CIRURGIÃO	<i>Dr. Paquel</i>	
ATADURA COM CREPOM	<i>N-20</i>		<i>10</i>	AUXILIAR		
ATADURA GESSADA				ANESTESISTA	<i>Dr. Pedro Paquel</i>	
ATROPINA				TIPO DE ANESTESIA		
KETALAR				INSTRUMENTADOR		
DIMÓRF				OCORRÊNCIAS		
NEOCAINA PESADA	<i>01</i>		<i>01</i>	<i>[Assinatura]</i>		
LIDOCAÍNA						
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTEL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA	<i>02</i>		<i>g</i>			
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCTOCINA						
THIERRGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON	<i>5.0</i>		<i>01</i>			
VYCRYL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE	<i>pvc</i>		<i>06</i>			
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI	<i>N-24</i>		<i>01</i>			
LUVA ESTERIL		<i>05</i>				
LUVA DE PROCEDIMENTO		<i>06</i>				
SORO FISIOLÓGICO 0,9%						
SORO GLICOSADO 5% <i>União</i>		<i>08</i>				
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM	<i>01</i>					
				MÉDICO: _____		
				ENFERMEIRA(O): <i>Rachael</i>		
				TÉC. ENFER: <i>Resende 748 594</i>		





Piauí
Sua gente é o Brasil



FEPI SERH
Federación Provincial de
Entidades Humanitarias



Sistema
Único de
Saúde



HRJ

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LIZ

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

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

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PICOS-PI

11

Romance

iii

PESCRICAO MÉDICA		DATA: 22/09/2019	ALAB	LEITO	R. MET.
RELATÓRIO DE ENFERMEGEM					
		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
✓ 1. Dieta oral branda;					
1. SF 0,9% - 1500ml EV para 24hs;					
1. Oxacilina 500mg - 2 fr. + SF0,9% (100ml) EV 6/6hs;					
2. Clindamicina 600mg + SF0,9% (100ml) EV de 8/8hs;					
3. Liquefine 5000/0,25ml SC de 12/12hs;					
4. Dipirona - 1 amp. + AD EV de 6/6hs, se TAX ≥37,8°C;					
5. Bromoprida - 1 amp. + AD EV de 8/8hs, SN;					
6. Zylium 50mg - 2ml + AD EV de 12/12hs;					
7. Tilitil 20mg - 1 amp. + AD EV de 12/12hs, se dor;					
8. Tramal 100mg + SF0,9% (100ml) EV de 12/12hs, ACM;					
9. Captopril 25mg - 1 cp SL se PAS ≥160mmHg ou PAD ≥110mmHg;					
10. Curativo da região lesionada;					
11. PA, TAX e HGT de 6/6hs;					
12. Aguardando avaliação cirúrgica;					
13. SSVV + CCGG.					

Sistema Único de Saúde



SUS

FEPISERH
Federação das Entidades Representativas
de Municípios e Intermunicipais



Piauí
ESTADO DO PIAUÍ

SAÚDE
Governo do Estado
do Piauí / SESAPI





Piauí
ESTADO DO PIAUÍ



FEPI SERH
Federación Empresarial
de la Construcción y del
Sector de la Infraestructura

६

SAÚDE | Dicas

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

S.R.





Piauí
ESTADO



FEPISERH
Fundação Estadual de Pesquisas
em Enfermagem



Piauí



Sistema
Único de
Saúde



FEPISERH
Fundação Estadual de Pesquisas
em Enfermagem

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LÚCIA

Justino Luzz - Pca. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

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

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

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

Nome: Jessica Elane Santos Oliveira PREScriÇÃO MÉDICA	Clinica Medica	RELATÓRIO DE ENFERMEGEM		LEITO	R. MET.
		HORARIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
DATA: 19/09/19					
1. Dieta Oral					
2. S.F. 0,9% (500ml/fr) 01frs, EV, ACM		12 18 24			
3. Oxaciclina 500mg + 100ml S.F. 0,9%, EV, 6/6h		12 18 24			
4. Clindamicina 600mg/100ml de SF 0,9% EV de 6/6 hs.		12 18 24			
5. Zylium - 02ml + 08ml AD, EV, 8/8 hs se náuseas		12 18 24			
6. Liquemine 5000/0,25 SC de 12/12 hs.		12 18 24			
7. Bromoprida 02ml + 18ml AD EV se vômito		12 18 24			
8. Dipirona 02ml + 18ml AD EV SN		12 18 24			
9. SSVV+CCGG		12 18 24			
10. Dr. José Maria da Motta Medico		12 18 24			
11.					
12. Thiamol 100g - 1sp + SE 9,5g (160g) E/		12 18 24			
13.					





Piauí
ESTADO



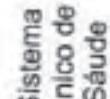
SAÚDE



FEPISERH
Federación Empresarial Productiva
de la Sanidad Hospitalaria



1



Sistema
único de
Saúde



HRJL

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

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

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

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Júlio Cláudio Sampaio Prontuário: _____

D.N.: 1 1 1 Sexo: M (F)

Procedimento Cirúrgico: desbifurcamento anterior
do MBD Data Cirurgia: 23-1-09/13

Antes da indução anestésica

presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiologista)

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 intraveneosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos

Antes da incisão cirúrgica

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista 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 quantificação de perda de sangue prevista?

Para o anestesiologista:

Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para equipe de enfermagem:

Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?

Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?

Sim

Não aplicável

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

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

Membros da equipe de enfermagem confirmam verbalmente:

O nome do procedimento

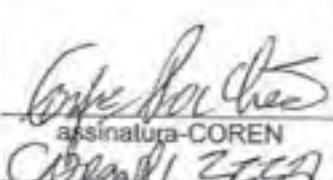
A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas

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

Se há qualquer problema com os equipamentos, a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiologista e Equipe de Enfermagem:

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


 assinatura-COREN
Cirurgião 1 ZZZA

REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICOParte: *José da Silva Elviro Soares*

CIRCULANTE	<i>Pedrinha /</i>	SALA N°			
ENTRADA NA SO.	<i>11:00</i>	INÍCIO DA ANESTESIA	<i>11:10</i>	INÍCIO DA CIRURGIA	<i>11:15</i>
SAÍDA DA SO.		TERMINO DA ANESTESIA		TERMINO DA CIRURGIA	
CIRURGIA PROPOSTA:					
CIRURGIA REALIZADA:					
CIRURGÃO	<i>Dra: Raquel</i>	ANESTESIOLOGISTA	<i>Dra: Pedro</i>	INSTRUMENTADOR	
ASSISTENTES: 1º		CRM	2º	CRM	

MONITORIZAÇÃO:		SÍMBOLOS:
		PLACA DE BISTURI ELÉTRICO ELÉTRODOS INCISÃO CIRÚRGICA OXIMETRIA DE PULSO PANI
		SINAIS VITAIS INÍCIO PA <i>110x60 SATO 99/ FC 71 bpm</i>
		SINAIS VITAIS TÉRMINO PA <i>100x70 SATO 99/ FC 72 bpm</i>

TIPO DE ANESTESIA	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Raquel</i>	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX	<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA	<input type="checkbox"/> GERAL
	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO N° 20	<input type="checkbox"/> LOCAL	
	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR	<input type="checkbox"/> PERIODAL	<input type="checkbox"/> COM CATETER
	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELOCO N° 2	<input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+I)	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SEM CATETER
	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	<input type="checkbox"/> GERAL INHALATÓRIA	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL	
			<input type="checkbox"/> TÓPICA	
	<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL N°	<input type="checkbox"/> COM CUFF	<input type="checkbox"/> MÁSCARA LARINGEIA N°	
		<input type="checkbox"/> SEM CUFF	<input type="checkbox"/> OUTRAS	

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA:	<input checked="" type="checkbox"/> DORSAL	<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/> SENTADA	<input type="checkbox"/> TRENDLEMBURG
	<input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> LITOTÔMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER	

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

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

<input type="checkbox"/> SONDA URETRAL N°	<input type="checkbox"/> COLETOR	<input type="checkbox"/> UROSTOP	<input type="checkbox"/> AP BARBEAR	<input type="checkbox"/> UND.	<input type="checkbox"/> SNG N°
<input type="checkbox"/> SONDA FOLEY N°	<input type="checkbox"/> LANCETA	<input type="checkbox"/> UND	<input type="checkbox"/> SONDA DE ASPIRAÇÃO N°		<input type="checkbox"/> JELCO N°

GARROTEAMENTO:	<input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH	<input type="checkbox"/> UND	<input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO	<input type="checkbox"/> mmHg	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
TIPO	<input type="checkbox"/> BRAÇO	<input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO	<input type="checkbox"/> COXA		<input type="checkbox"/> PANTURRILHA
LOCALIZAÇÃO					
TEMPO	<input type="checkbox"/> INÍCIO	<input type="checkbox"/> TÉRMINO			

SERVICOS SOLICITADOS:	<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> LOCAL	<input type="checkbox"/> N° DE FRASCOS
	<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> SIM		
	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA



Piauí
JORNAL DE
INFORMAÇÕES



FEPISERH
Federación Estatal de Personal
de Enfermería

Sistema
Único de
Saúde

HRJL

DIGITAL RECOMMENDATION

PRESCRIÇÃO
MÉDICA

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

X PRESCRIÇÃO MÉDICA

Hospital Regional Justino Luz

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

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

HRJL

Hospital Regional Justino Luz

Sistema Único de Saúde - SUS

Sistema Único de Saúde - SUS

PRONTUÁRIO	TIPO	CLÍNICA	CLÍNICA	ENFER. OU APT	LEITO	MÉDICO ASSITENTE
DATA/ HORA/ CÓDIGO/	PREScrição MÉDICA	QUANT.	QUANT.	E14	69	
30/05/15	Nº FASCÍTE NÉCROSANTE:			HÓRARIO	RELATÓRIO DE INFERNAGEM	OBSERVAÇÕES
	① Duto end. bala			09:00	09:00	
	② Injeção 1g + 100 ml. SC 0,9% EV 120ml			14:00	14:00	
	③ Vencomicina 500mg. + 100 ml SC 0,9% EV 120ml			14:00	14:00	
	④ Biproprion 1amp + AD EV 61clu.			14:00	14:00	
	⑤ Tizanid 100mg + 400 ml SC 0,9% EV 81clu			14:00	14:00	
	⑥ Rantidine 50mg + AD EV 81clu.			14:00	14:00	
	⑦ Plaxil 1amp + AD EV 81clu.			14:00	14:00	
	⑧ Clonotil 200 mg Solu/odinazina di. notas e óleo de glicerol			14:00	14:00	
	⑨ Dimenf 10mg 1ml + Sime AN. força 3ml EV 61clu.			14:00	14:00	
	⑩ 55000 + 0066			14:00	14:00	



Pjaní

SAÚDE
Saúde e Bem-Estar

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



FEPISERH



515

Sistema Unico de Saúde

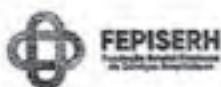
Sistema
língeo de

PRESCR
MÉDI

卷之三

卷之三

MEANLINE MEASURED TIME OUT



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

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:		M. Z. L. M.		Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL				CORICÓIDES	ATARÁXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				OUTROS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES	
1		500		New	
2		400			
3		300			
LÍQUIDOS		SO. UTO	500		
		SANGUE	400		
		OUTROS	300		
TEMPERATURA T		C°	260		
			240		
P. ARTERIAL V O PULSO		38	220		
			200		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X			180		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO			160		
RESPIRAÇÃO O			140		
SÍMBOLOS			120		
TÉCNICAS			100		
OPERAÇÕES			80		
CIRURGIÕES			60		
ANESTESISTAS			40		
PARTICULARIDADES			20		
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:			10		
INCIDENTE / ACIDENTE			0		

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

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Yessica elena Santos Oliveira Prontuário: _____
 D.N.: 31105195 Sexo: M F:
 Procedimento Cirúrgico: L C M + desbrido Data Cirúrgia: 07/10/19
mínimo

Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes da saída do paciente da sala cirúrgica
<p>(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiologista)</p> <p>O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <p>O local está demarcado?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável <p>Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <p>O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?</p> <input type="checkbox"/> Sim <p>O paciente possui:</p> <p>Alergia conhecida?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <p>Via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, equipamentos de assistência disponíveis <p>Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e 2 acessos intravascular (1 acesso central e fluidos previstos)	<p>(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista e o cirurgião)</p> <p>Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função</p> <input checked="" type="checkbox"/> <p>Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão</p> <input checked="" type="checkbox"/> <p>A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável <p>Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:</p> <p>Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?</p> <input type="checkbox"/> <p>Qual quantidade de perda de sangue prevista?</p> <input type="checkbox"/> <p>Para o anestesiologista:</p> <p>Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?</p> <input type="checkbox"/> <p>Para equipe de enfermagem:</p> <p>Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?</p> <input type="checkbox"/> <p>Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?</p> <input type="checkbox"/> <p>Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	<p>(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista e o cirurgião)</p> <p>Membros da equipe de enfermagem confirmam verbalmente:</p> <p>O nome do procedimento</p> <input checked="" type="checkbox"/> <p>A conclusão da contagem de instrumentos, compressores e agulhas</p> <input checked="" type="checkbox"/> <p>A identificação das amostras (ver as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)</p> <input type="checkbox"/> <p>Se há qualquer problema com os equipamentos, a serem resolvidos.</p> <p>Para o Cirurgião, o Anestesiologista e Equipe de Enfermagem:</p> <p>Quais são as principais preocupações para a reanimação e manejos deste paciente?</p>

assinatura-COREN

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

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE		DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
Yusico Elácia S. Oliveira		07/10/19		
PROCEDIMENTO	L M C + Desbridamento	SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM
SERINGA 1 ML 3 ML	1			<input type="checkbox"/>
SERINGA 5 ML/10 ML	2 + 2			<input type="checkbox"/>
SERINGA 20 ML				<input type="checkbox"/>
KIT ACESSO CENTRAL				<input type="checkbox"/>
SONDA DE ASPIRAÇÃO				<input type="checkbox"/>
AGULHA 40X12	3			<input type="checkbox"/>
ALGODÃO				<input type="checkbox"/>
ÁGUA DESTILADA	3			<input type="checkbox"/>
PI	200 ml			<input type="checkbox"/>
INDA VESICAL				<input type="checkbox"/>
COLETOR DE URINA				<input type="checkbox"/>
ESCOVA COM DEGERMANTE	1 + 1			<input type="checkbox"/>
ATADURA COM CREPOM	3			<input type="checkbox"/>
ATADURA GESSADA				<input type="checkbox"/>
ATROPINA				<input type="checkbox"/>
KETALAR				<input type="checkbox"/>
DIMORF				<input type="checkbox"/>
NEOCAINA PESADA	1			<input type="checkbox"/>
UDOCAINA				<input type="checkbox"/>
PROFANOL				<input type="checkbox"/>
MIDAZOLAN				<input type="checkbox"/>
DIAZEPAN				<input type="checkbox"/>
TIOPENTAL				<input type="checkbox"/>
EFORTEL	2			<input type="checkbox"/>
DIPIRONA				<input type="checkbox"/>
CEFAZOLINA				<input type="checkbox"/>
FENTANIL				<input type="checkbox"/>
FLUMAZENIL				<input type="checkbox"/>
PLASIL				<input type="checkbox"/>
TAMINA K				<input type="checkbox"/>
TAMINA A				<input type="checkbox"/>
JCITOCINA				<input type="checkbox"/>
METHERGIN				<input type="checkbox"/>
CAT-GUT-SIMPLES				<input type="checkbox"/>
CAT-GUT-CROMADO				<input type="checkbox"/>
FIO DE ALGODÃO				<input type="checkbox"/>
NYLON				<input type="checkbox"/>
VYCRYL				<input type="checkbox"/>
PROLENE				<input type="checkbox"/>
CLAMP UMBILICAL				<input type="checkbox"/>
PULSEIRA RN				<input type="checkbox"/>
GAZE	6			<input type="checkbox"/>
ESPARADRAPO	50 cm			<input type="checkbox"/>
LÂMINA DE BISTURI	1			<input type="checkbox"/>
LUVA ESTERIL	1			<input type="checkbox"/>
LUVA DE PROCEDIMENTO	3			<input type="checkbox"/>
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	3 + 1			<input type="checkbox"/>
SORO GLICOSADO 5%				<input type="checkbox"/>
MANITOL				<input type="checkbox"/>
RINGER LACTADO				<input type="checkbox"/>
JELCO				<input type="checkbox"/>
TUBO OROTRAQUEAL				<input type="checkbox"/>
AGULHA STIMUPLEX				<input type="checkbox"/>
AQUIPO				<input type="checkbox"/>
AGULHA DE RAQUE	1			<input type="checkbox"/>
TNOXICAM				<input type="checkbox"/>

INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO

OPERAÇÃO	CIRURGIÃO	AUXILIAR	ANESTESISTA	TIPO DE ANESTESIA	INSTRUMENTADOR	OCORRÊNCIAS

26/10/2019

MÉDICO: Raquel
 ENFERMEIRA(O): Thiago
 TÉC. ENFER.: Elide

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Nelva, 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 SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	OOSURÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL					CORICÓIDES	ATARÁXICOS OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO ÀS	EFEITOS	
TOTAL DE DOSES							
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	20:30 01-20					
LÍQUIDOS	SO. UTO 500 400 300 200 100	800					
TEMPERATURA T	C° 38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	SEQUÊNCIA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				
P. ARTERIAL V O PULSO							
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							DURAÇÃO 401
TÉCNICAS					INCIDENTE / ACIDENTE		
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:		
PARTICULARIDADES							



FEPISERH
Fundação Estadual de Ensino e Pesquisa em Serviços Hospitalares



Sistema
Único de
Saúde



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

SAÚDE
Secretaria de Estado
de Saúde (SESPI)

Piauí
SISTEMA DE SAÚDE

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

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Jússica Flávia S. L. Lima Prontuário: _____

D.N.: 111111111111 Sexo: M F: _____

Procedimento Cirúrgico: _____ Data Cirurgia: 06 / 10 / 19

Antes da indução anestésica

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

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

O paciente confirmou à 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 intraveneosos/ou 1 acesso central e fluidos previstos

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista 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 peteca de sangue prevista?

Para o anestesiologista:

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

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

Membros da equipe de enfermagem confirmam verbalmente:

O nome do procedimento

A conclusão da configuração dos instrumentos, compressas e agulhas

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

Se há qualquer problema com os equipamentos a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiologista e Equipe de Enfermagem:

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

Rosilene Borges Ferreira

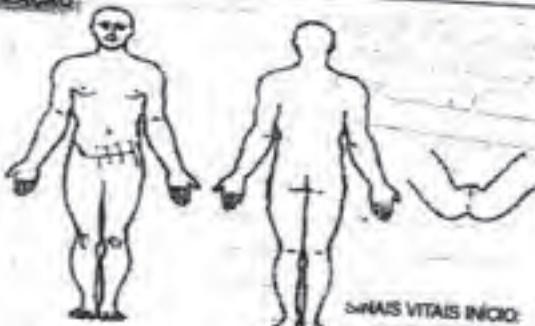
COREN-PI 1199864-TE

assinatura-COREN

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

CIRCULANTE	<i>Joelma</i>	SALA Nº	03	
ENTRADA NA SO	INÍCIO DA ANESTESIA:	12:35	INÍCIO DA CIRURGIA	12:40
SAÍDA DA SO	TÉRMINO DA ANESTESIA		TÉRMINO DA CIRURGIA	13:05
CIRURGIA PROPOSTA:	Faringectomia na puma D			
CIRURGIA REALIZADA	CIRURGÃO: Drº Raquel			
ASSISTENTES: 1º	ANESTESIOLOGISTA: Drº Hélio	INSTRUMENTADOR:		
CRM	CRM	CRM	CRM	

MONITORAÇÃO



SÍMBOLOS

- [] PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- [] ELÉTRODOS
- [] INCISÃO CIRÚRGICA
- [] OXIMETRIA DE PULSO
- [▲] PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 83/45 SATO 95 FC 118 bpm

SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 83/42 SATO 90 FC 89

TIPO DE ANESTESIA		<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUAL COM AGULHA STIMU PLEX		<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA	
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO		<input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO N° 20		<input type="checkbox"/> GERAL LOCAL	
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR		<input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR		<input type="checkbox"/> PERIDURAL	
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO N° 2		<input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+T)		<input type="checkbox"/> COM CATETER	
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUAL		<input type="checkbox"/> GERAL INHALATÓRIA		<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO	
<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL N°		<input type="checkbox"/> COM CUFF		<input type="checkbox"/> SEM CATETER	
		<input type="checkbox"/> SEM CUFF		<input type="checkbox"/> MÁSCARA LARINGEIA N°	
				<input type="checkbox"/> OUTRAS	
POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA		<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA		<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO	
<input type="checkbox"/> DORSAL		<input type="checkbox"/> LITOTÔMICA		<input type="checkbox"/> SENTADA	
<input type="checkbox"/> VENTRAL		<input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO		<input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER	
				<input type="checkbox"/> TRENDIELEMBURG	
PREPARO DA PELE		<input type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE		<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA	
<input type="checkbox"/> DEGERMAÇÃO		<input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO		<input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO	
<input type="checkbox"/> ANTI-BEPISA		<input type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA		<input type="checkbox"/> PVPI TÓPICO	
<input type="checkbox"/> REALIZADA POR				<input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS		<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA		<input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG	
<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL		<input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA		<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO	
<input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR				<input type="checkbox"/> MSI	
				<input type="checkbox"/> MSE	
				<input type="checkbox"/> OUTROS	

GARROTEAMENTO		<input type="checkbox"/> COLETOR		<input type="checkbox"/> AP BARBEAR	
TIPO		<input type="checkbox"/> UROSTOP		<input type="checkbox"/> UND	
LOCALIZAÇÃO		<input type="checkbox"/> LANCETA		<input type="checkbox"/> SNG N°	
TEMPO				<input type="checkbox"/> JELCO N°	
FAIXA DE SMARCH		<input type="checkbox"/> COXAS		<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
BRAÇO		<input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO		<input type="checkbox"/> PANTURRIHA	
INÍCIO		TERMINO			

SERVICOS SOLICITADOS		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM	
<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA				<input type="checkbox"/> LOCAL	
<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO		<input type="checkbox"/> RX		<input type="checkbox"/> Nº DE FRASCOS	
				<input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM	
				<input type="checkbox"/> OUTROS	

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

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA 06 1 D. 19	PRONTUÁRIO	LEITO
Juca e Lame Santos Oliveira						
PROCEDIMENTO 2M + Fasectomia perna D				SALA		
				APARELHAGEM		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 1 ML (3 ML)	01			BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/10 ML	01/03			ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML				AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12	03			STIMPLEX	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				USO DA SALA		
ÁGUA DESTILADA	05			INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO
PVPI + 10% ALCOOL	100ml			12:35		
INDA VESICAL				OPERAÇÃO	Fasectomia	
~ JLETÓR DE URINA				CIRURGIÃO	Dr. Raquel	
SCOVA COM DEGERMANTE				AUXILIAR		
ATADURA COM CREPOM 15 cm	04			ANESTESISTA	Dr. Henrique	
ATADURA GESSADA	04			TIPO DE ANESTESIA	Raquel	
ATROPINA				INSTRUMENTADOR		
KETALAR	01			OCORRÊNCIAS		
DIMORF	01					
NEOCAÍNA PESADA	01					
LIDOCAINA						
PROFANOL						
MIDAZOOLAN <i>modantrina</i>	03	ml				
BIAZEPAN <i>diazepam</i>	01					
TIOPENTAL						
EFORTEL	01					
DIPIRONA						
CEFAZOLINA						
FENTANIL						
FLUMAZENIL	05 ml					
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
L TOCINA						
THERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRYL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE	10					
ESPARADRAPO	0,60	cm				
LÂMINA DE BISTURI	0,2					
LUVA ESTERIL	0,2/0,2	parcial				
LUVA DE PROCEDIMENTO	0,4	parcial				
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	8					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE	01					
TNOXICAM						
MÉDICO: _____						
ENFERMEIRA: Rosilene Borges Ferreira						
TÉC. ENFER: COREN-PI 1199864-12						

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

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:					Nº DE REGISTRO:			
DATA: <u>6/10/14</u>		P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE		GRUPO SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA <i>Tepm > 8 M</i>								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Ritmo: 16 fm</i>								
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>B. press: LMC</i>								
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>Alerg. ngs.</i>								
SISTEMA DIGESTIVO <i>ABN. PLE</i>								
ESTADO MENTAL								
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO								
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)								
TOTAL DE DOSES								
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3						<i>Fthal 100mg</i>	
LÍQUIDOS	SO. UTO 500 400 300 200 100						<i>Enx. suco per 100 ml</i>	
TEMPERATURA T	C° 38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10						<i>Rc + Afz D. Soratone 10. Diprano 2. Zolfr - 8.</i>
P. ARTERIAL V O PULSO							SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							<i>Ex 8/1</i>	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							<i>Início</i>	
RESPIRAÇÃO O								
SÍMBOLOS <i>REV FC - POA</i>								DURAÇÃO
TÉCNICAS <i>Rogo > Feo</i>								INCIDENTE / ACIDENTE
OPERAÇÕES <i>LMC</i>								
CIRURGIÕES <i>Rogel</i>								
ANESTESISTAS <i>DR. E. ALVAREZ INCHA</i> <i>Hospital Regional Justino Luz</i> <i>CEP: 64601-391 FAX: 2011</i>								
PARTICULARIDADES								
								CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:

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

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIAUsuário: José da Gláucia Soárez Oliveira

Prontuário:

D.N.: _____ / _____ / _____ Sexo: M Procedimento Cirúrgico: Cirurgia MJDData Cirurgia: 11 / 10 / 14

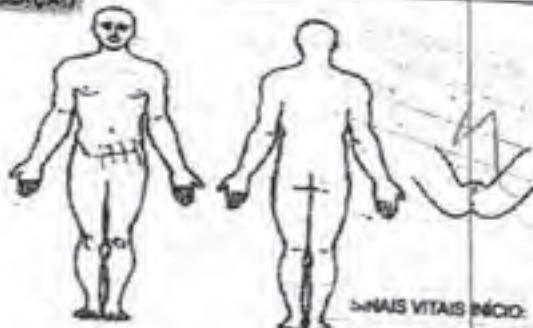
Antes da Indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes da saída do paciente da sala cirúrgica
Vá presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiologista)	(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista e/o cirurgião)	(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista 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 confirmam verbalmente:
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" 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 type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta; inclusive o nome do paciente)
<input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável	<input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável	<input checked="" type="checkbox"/> Se houver quaisquer problemas com os equipamentos e sejam resolvidos
Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?	Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:	Para o Cirurgião, o Anestesiologista 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"/> Qualas são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?
Diametro de pulso está colocado no paciente e funcionando?	<input checked="" type="checkbox"/> Qual quantidade de cerca de sangue prevista?	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Para o anestesiologista:	
O paciente possui:		
Alergia conhecida?		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim		
<input type="checkbox"/> Não		
Via aérea difícil ou risco de aspiração	Para a equipe de enfermagem:	
<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> For confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?	
<input type="checkbox"/> Sim, equipamentos/assistência disponíveis	<input checked="" type="checkbox"/> Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?	
Risco de perda sanguínea > 500ml. (7ml/kg para crianças)?	Os exames de imagem essenciais estão disponíveis?	
<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Sim, e 2 acessos intravenosos ou 01 acesso central e fluidos previstos.	<input type="checkbox"/> Não aplicável	

José da Gláucia Oliveira
assinatura-COREN

REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICOCIRCULANTE *Coronelos*

ENTRADA NA SO _____ INÍCIO DA ANESTESIA _____ SALA N° _____
 SAÍDA DA SO _____ TÉRMINO DA ANESTESIA _____
 CIRURGIA PROPOSTA: *Cervicilis* INÍCIO DA CIRURGIA _____
 CIRURGIA REALIZADA *Cervicilis* TÉRMINO DA CIRURGIA _____
 CIRURGÃO: *Dr. Juarez* ANESTESIOLOGISTA *Dr. Daniel* INSTRUMENTADOR _____
 ASSISTENTES: 1º CRM _____ 2º CRM _____

MONITORIZAÇÃO:



SINAIS VITAIS INÍCIO: PA _____

SATO _____ FC _____

SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA _____

SATO _____ FC _____

SÍMBOLOS:

- PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ELÉTRODOS
- INCISÃO CIRÚRGICA
- OXIMETRIA DE PULSO
- PANI

TIPO DE ANESTESIA

- BLOQUEIO - SEDAÇÃO
- BLOQUEIO AXILAR
- BLOQUEIO DE BÍER JELCO N° 2
- BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

- BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX
- BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO N° 20
- BLOQUEIO PERIBILBAR
- GERAL COMBINADA (V+1)
- GERAL INALATÓRIA

- GERAL VENOSA
- LOCAL
- PERIDURAL
- SEDAÇÃO
- SEDAÇÃO + LOCAL
- TÓPICA

X1 naquele TUBO ENDOTRAQUEAL N° _____

- COM CUFF
- SEM CUFF

- MÁSCARA LARINGEIA N° _____
- OUTRAS _____

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA:

- DORSAL
- VENTRAL

- GINECOLÓGICA
- LITOTOMICA

- LATERAL ESQUERDO
- LATERAL DIREITO

- SENTADA
- SEMI-FOWLER

 TRENDLEMBURG

PREPARO DA PELE

- DEGERMAÇÃO
- ANTI-SEPSIA
- REALIZADA POR

- PVPI DEGERMANTE
- PVPI ALCOÓLICO
- EQUIPE MÉDICA

- SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA
- CLORO-HEXIDINA ALCOÓLICO
- EQUIPE ENFERMAGEM

- PVPI TÓPICO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

 CATETERISMO VESICAL TRICOTOMIA PASSAGEM SNG. ASPIRAÇÃO GLICEMIA CAPILAR

mg/dl

 FUNÇÃO VENOSA MSE OUTROS SONDA URETRAL N° _____ COLETOR UROSTOP AP BARBEAR

UNO.

 SNG N° _____ SONDA FOLEY N° _____ LANCETA

UNO

 SONDA DE ASPIRAÇÃO N° _____ JELCO N° _____

GARROTEAMENTO:

TIPO

 FAIXA DE SMARCH

UNO

 GARROTE PNEUMÁTICO

mmHg

 NÃO SE APLICA

LOCALIZAÇÃO

 BRAÇO ANTEBRAÇO COXA

mmHg

 FANTURRIELHA

TEMPO

INÍCIO

TÉRMINO

SERVIÇOS SOLICITADOS:

- ANATOMIA PATOLÓGICA
- LABORATÓRIO
- RX

- NÃO
- SIM
- INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- OUTROS

LOCAL _____

Nº DE FRASCOS _____

NÃO SE APlica

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

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA <i>16/09/2010</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
<i>Jessica Elaine Santos</i>						
PROCEDIMENTO	<i>Curativo</i>			SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3-ML				ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/10 ML	01			BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML				ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
SÔNDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12				ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA				USO DA SALA		
PVPI				INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO
ONDA VESICAL				<i>14:20</i>	<i>15:10</i>	<i>40</i>
OLETÓR DE URINA				OPERAÇÃO	<i>curativo</i>	
ESCOVA COM DEGERMANTE				CIRURGIÃO	<i>Dr. juarez</i>	
ATADURA COM CREPOM 20 cm	<i>60</i>			AUXILIAR	<i>—</i>	
ATADURA GESSADA				ANESTESISTA	<i>Dr. Paula</i>	
ATROPINA				TIPO DE ANESTESIA	<i>Raquel</i>	
KETALAR				INSTRUMENTADOR	<i>—</i>	
DIMORF				OCCORRÊNCIAS	<i>—</i>	
NEOCAINA PESADA	01			<i>—</i>		
LIDOCAINA				<i>—</i>		
PROFANOL				<i>—</i>		
MIDAZOLAN				<i>—</i>		
DIAZEPAN	<i>Alprazolam 0,5mg</i>	01		<i>—</i>		
TIOPENTAL				<i>—</i>		
EFORTEL				<i>—</i>		
DIPIRONA				<i>—</i>		
CEFAZOLINA				<i>—</i>		
FENTANIL				<i>—</i>		
FLUMAZENIL				<i>—</i>		
PLASIL				<i>—</i>		
VITAMINA K				<i>—</i>		
VITAMINA A				<i>—</i>		
OCTOCINA				<i>—</i>		
METHERGIN				<i>—</i>		
CAT-GUT SIMPLES				<i>—</i>		
CAT-GUT-CROMADO				<i>—</i>		
FIO DE ALGODÃO				<i>—</i>		
NYLON				<i>—</i>		
VYCRIL				<i>—</i>		
PROLENE				<i>—</i>		
CLAMP UMBILICAL				<i>—</i>		
PULSEIRA RN				<i>—</i>		
GAZE				<i>—</i>		
ESPARADRATO	<i>40cm</i>			<i>—</i>		
LÂMINA DE BISTURI				<i>—</i>		
LUVA ESTÉRIL	<i>2,5 pares</i>	02		<i>—</i>		
LUVA DE PROCEDIMENTO				<i>—</i>		
SORO FISIOLÓGICO 0,9%		<i>3000ml</i>		<i>—</i>		
SORO GLICOSADO 5%				<i>—</i>		
MANITOL				<i>—</i>		
RINGER LACTADO				<i>—</i>		
JELCO				<i>—</i>		
TUBO OROTRAQUEAL				<i>—</i>		
AGULHA STIMUPLEX				<i>—</i>		
QUIPO				<i>—</i>		
AGULHA DE RAQUE				<i>—</i>		
TNOXICAM				<i>—</i>		

MÉDICO: *Dr. juarez*ENFERMEIRA(O): *Paulina*TÉC. ENFER.: *Anicetele*

FEPISEH
Fundação Estadual de
Ensino e Pesquisa em SaúdeSUS + Sistema
Único de
SaúdeHRJL
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ

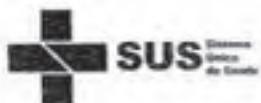
Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antônio Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos-PI

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:		Lemar Ribeiro		Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO		SISTEMA RESPIRATÓRIO		ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA DIGESTIVO		SISTEMA URINÁRIO		ASMA	BRONQUITE
ESTADO MENTAL		CORICÓIDES		ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		APLICADO ÀS		EFETOS FÍSICO	
TOTAL DE DOSES					
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO				
1					
2					
3					
LÍQUIDOS	SO. UTO	500			
	SANGUE	400			
	OUTROS	300			
		200			
TEMPERATURA T	C°	260			
		240			
P. ARTERIAL V O PULSO		220			
		200			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		180			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		160			
RESPIRAÇÃO O		140			
		120			
		100			
		80			
		60			
		40			
		20			
		10			
SÍMBOLOS				DURAÇÃO 100	
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		Jéssica Elope Sestos Oliveira	
ALA:	ENFERMARIA:	LEITO:	PRONTUÁRIO N°:
DATA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO		
26-09-19	Visito para acalento hospitalar e apoio social.		
	<p>Mayara Francelino S. de S. Silva Assistente Social CRESS PI 4460 - 22ª Região</p>		
27-09-19	Apoio Social nos famílires.		
	<p>Erica Silva Leal Erica Silva Assistente Social Assistente Social CRESS: 4618-22ª RG/P CRESS: 4618</p>		
10-10-19	Realizado cadastro junto a CEKTH no lido por Dr. Dr. Ayrton.		
	<p>Mayara Francelino S. de S. Silva Assistente Social CRESS PI 4460 - 22ª Região</p>		
19/10/19	(A) CCREFI informou dentre qual HUT - FID 294970; AUT - 798905 gab.		
	<p>Mayara Francelino S. de S. Silva Assistente Social CRESS PI 4460 - 22ª Região</p>		

ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE		Fássica Elane Santos Oliveira	
ALA:	ENFERMARIA:	LEITO:	PRONTUÁRIO N°:
DATA	Descrição do Atendimento		
23/09/19	Atendimento nutricional realizado		
24/09/19	Atendimento nutricional realizado		
25/09/19	Atendimento nutricional realizado.		
26/09/19	Atendimento nutricional realizado.		
27/09/19	Atendimento nutricional realizado		
28/09/19	Atendimento nutricional realizado		
29/09/19	Atendimento nutricional realizado		
30/09/19	Atendimento nutricional realizado		
01/10/19	Atendimento nutricional realizado		
02/10/19	Atendimento nutricional realizado		
03/10/19	Atendimento nutricional realizado		
04/10/19	Atendimento nutricional realizado		
05/10/19	Atendimento nutricional realizado		
06/10/19	Atendimento nutricional realizado		
07/10/19	Atendimento nutricional realizado		
08/10/19	Atendimento nutricional realizado		
09/10/19	Atendimento nutricional realizado		



FEPISEH
Federação Piauiense de
Entidades Representativas



Sistema
Único de
Saúde



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUX

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:	José da Silva Serrão		IDADE:
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:		LEITO:
MÉDICO ASSITENTE:			
ANTIBIÓTICO SOLICITADO (POSOLOGIA):	Ciprofex 600g d8L Oxacífen 500g b/6h		
DURAÇÃO DO TRATAMENTO:			
JUSTIFICATIVA:	Penteado infecção		
ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS:		PERÍODO:	

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

ANTIBIOGRAMA	Dr. Francisco Carlos Nogueira CIRURGIA GERAL CRM: 010.000-2458 <i>K</i>
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			Sexo:	FEMININO
Médico(a): HELDO JOSE DE MURA DOS ANJOS			Idade:	24 A 4 M, 17 D
Convênio: SUS	Leito: Enfermaria:		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:				

Grasielly Rocha Souza Barros
FARMACÉUTICA GENERALISTA
CRF-PI 2338



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 ³		4,5 a 5,9 milhões/mm ³	
HEMOGLOBINA	12,1 g%		12,0 a 17,5 g%	
HEMATÓCRITO	35,0 %		40 a 52 %	
VCM	89,97 u ³		80 a 100 U ³	
HCM	31,11 pg		26 a 34 pg	
CHCM	34,57 %		31 a 36 %	
OBSERVACOES				
LEUCOGRAMA				
LEUCÓCITOS	13,600/mm ³		4.500 a 11.000 /mm ³	
MIELÓCITOS	00 %	0		
METAMILOCITOS	00 %	0	0 a 1 % Até 100 /mm ³	
BASTONETES	01 %	0,136	0 a 4 % Até 400 /mm ³	
SEGMENTADOS	81 %	11,016	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³	
BASÓFILOS	00 %	0	0 a 1 % Até 100 /mm ³	
EOSINÓFILOS	00 %	0	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³	
LINFÓCITOS	10 %	1,36	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³	
MONÓCITOS	08 %	1,088	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³	
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	0		
CONTAGEM GERAL	100,00		100%	
PLAQUETAS	250.000 /mm ³		150.000 a 400.000 /µL	
OB. VACÕES				
OBSERVAÇÃO GERAL:				
Coletado: 19/09/2019 - 13:43:00 Liberado: 19/09/2019 - 14:21:00				
Grasielly Rocha Souza Barros FARMACÉUTICA GENERALISTA CRF-PI 2336				
2386-GRASIELLY ROCHA SOUZA BARROS				
Este laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 601 com revisão em lamina: Bioquimica (Bio 2001)				



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 00:50 h Saída do Local 00:50 h
 Chegada ao Destino 00:50 h Chegada à Base 00:53 h Chegada à Base 00:53 h

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Jônatas Elmer da Silva Júnior

Idade: 18 anos Sexo: Masculino Feminino

Endereço: Rua da Amizade - 36, 401 - Poco Grande

CASOS ESPECIAIS

Recurso Solicitado

LOCAL DA OCORRÊNCIA

- Residência Via Pública
 Trabalho Outros

Telefone p/ Contato _____

TIPO DE ATENDIMENTO

- CLÍNICO Alcoolismo Endocrinologia Ginecologia Nefrologia Oncologia Urologia
 Cardiologia Gastroenterologia Intoxicação Neurolologia Pneumologia Outros

- CIRÚRGICO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO PSIQUIÁTRICO TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR
 (12 anos ou menos) Senha: _____

TRAUMA

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Veículo Não-Motorizado | <input type="checkbox"/> Motocicleta e afins | <input type="checkbox"/> Veículos de Passageiro |
| <input type="checkbox"/> Veículos de Transporte | <input type="checkbox"/> Veículos de Carga | <input type="checkbox"/> Veículos Aéreos |
| <input type="checkbox"/> Colisão Frontal | <input type="checkbox"/> Condutor | <input type="checkbox"/> Passageiro |
| <input type="checkbox"/> Atropelamento | <input type="checkbox"/> Colisão Traseira | <input type="checkbox"/> Colisão Lateral |
| <input type="checkbox"/> Agressão | <input type="checkbox"/> Quedas | <input type="checkbox"/> Ejeção Veicular |
| <input type="checkbox"/> Lesões por Animais | <input type="checkbox"/> Tentativas de Suicídio | <input type="checkbox"/> Ferimento por Arma Branca |
| | <input type="checkbox"/> Acidentes de Trabalho | <input type="checkbox"/> Soterramento/Desabamento |
| | | <input type="checkbox"/> Queimaduras/Explosões |
| | | <input type="checkbox"/> Explosão |
| | | <input type="checkbox"/> Capotamento |
| | | <input type="checkbox"/> Afogamento |
| | | <input type="checkbox"/> Choque Elétrico |

SINAIS VITAIS FC _____ f bpm PA _____ mmHg PR _____ ipm SatO₂ / % O₂ / % T _____ HC _____

PROBLEMAS ENCONTRADOS NO ATENDIMENTO

- | | | | | |
|---|---|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alteração da Consciência | <input type="checkbox"/> Estado de Choque | <input type="checkbox"/> Insuf. Respiratória | <input type="checkbox"/> Suspeita de TRM | <input type="checkbox"/> Pupilas |
| <input type="checkbox"/> Amputação/Esmagamento | <input type="checkbox"/> Ferimentos | <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória | <input type="checkbox"/> Trauma Abdominal | <input type="checkbox"/> Miose |
| <input type="checkbox"/> Convulsão | <input type="checkbox"/> Fratura/Luxação | <input type="checkbox"/> Quemaduras | <input type="checkbox"/> Traumatismo de Tórax | <input type="checkbox"/> Midriase |
| <input type="checkbox"/> Deficit Motor ou Sensitivo | <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Suspeita de TCE | <input type="checkbox"/> Vias Aéreas Obstruídas | <input type="checkbox"/> Anisocoria |

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura Ocular: 6

Melhor Resposta Verbal: 5

Melhor Resposta Motor: 6 TOTAL 17

PROCEDIMENTOS EFETUADOS NO ATENDIMENTO

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acesso venoso central | <input type="checkbox"/> Intubação orotracheal | <input type="checkbox"/> Cardiopulmonar | <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso periférico | <input type="checkbox"/> Cricotrioidostomia | <input type="checkbox"/> RCP sem desfibrilação | <input type="checkbox"/> Assistência neonatal |
| <input type="checkbox"/> Acesso intra-ósseo | <input type="checkbox"/> Descompressão torácica | <input type="checkbox"/> RCP com desfibrilação | <input type="checkbox"/> Imobil. de extremidade / KED |
| <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical | <input type="checkbox"/> Ventilação artificial | <input type="checkbox"/> Glóbulos capilares | <input type="checkbox"/> Curativo / Hemostasia |
| <input type="checkbox"/> Aspiração vias aéreas | <input type="checkbox"/> Monitorização | | <input type="checkbox"/> Franxa longa |
| <input type="checkbox"/> Oxigênio | <input type="checkbox"/> ECG / Tele ECG | | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Medicções: | | | |

MATERIAL DE

ENFERMAGEM

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente vítima de acidente de trânsito (cayo trânsito - garupa) (Brinde), que veio se

EVOLUÇÃO MÉDICA: Devido ao impacto, apresentava lesão patológica no joelho direito (quadro latente) e lesões menores. Realizado protocolo de fracionar.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Didi 24

Removido para:

Estado da Vigilância Sanitária Estavel

MÉDICO CRM-PB 6929

Robson Dayro de Araújo Lira
 CRM-PB 7250

511024 R



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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - SAE

Data: 09/09/19

DOM SEG TER QUA QUI SEX SÁB

Nº do Chamado: Acio: 8:50h Saída PA: 8:50h Chegada ao local: 8:58h Saída do local: 00:00h
Chegada Destino: 8:50h Saída Destino: 8:50h Chegada à base: 00:00h

Nome: Tarciso Elton dos Santos Oliveira Sexo: () M () F Idade: 24

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

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

Alergias: () LCO

Medicações em uso

ESTADO-GERAL		NEUROLÓGICO		
() Hidratado		Nível de consciência:	Resposta Motora:	Avaliação pupilar:
() Desidratado		() Consciente	() Paresia	() Isocônicas
() Normocorrido		() Inconsciente	() Parestesia	() Anisocônicas
() Hipocorrido		() Orientado	() Plegia	() Fotoreceptores
() Cianose _____		() Desorientado	Local: _____	() Mióticas
() Edema _____		() Sedado		() Midriáticas
		() Letárgico		() Não reage

OXIGENACAO / RESPIRAÇÃO		CIRCULAÇÃO	GASTROINTESTINAL	ABDOMINAL
Padrão Respiratório:	Em uso de:	() Normocárdico	() SNG/SOG	() Normal
() Eupneico	() Ar ambiente	() Bradicárdico	() SNE/SOE	() Tensão
() Dispnéico	() M. Venturi	() Taquicárdico	() VO	() Globoso
() Bradípneico	() Cateter nasal	Enchimento capilar:	() Gavagem	() Distendido
() Taquipneico	() IOT	() ≤ 2 Seg. () > 2 Seg.	() Ímese	
	() VM:	Pulso:	Evacuações:	
PEEP: _____	FIO2: _____	() Rítmico	() Presente () Ausente	
	SatO2: _____ Medo: _____	() Filiforme		
		() Arrítmico		
		() Cheio		
		() Ausente		

SSVY

PA mmHg	FR irpm	FC bpm	TA °C	HGT ml/dl	SatO2 %	URINÁRIO
80		80	37		96	() Espontânea () Hematuria () Anúria () Oligúria () Poliúria () SVD. VL: _____ () Disúria

DIAG. DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
() Integridade da pele prejudicada	() Realizar curativo em lesão de pele	
() Padrão respiratório ineficaz	() Comunicar desconforto; respiratório, utilização de musculatura acessória, batimento de asa de nariz; Ofertar oxigenoterapia umidificada.	
() Perfilusão tissular periférica ineficaz	() Monitorar presença de cianose de extremidades e manter membros aquecidos	
() Risco de infecção	() Comunicar presença de sinais flogísticos em inserção de cateteres e dispositivos invasivos, Higienização das mãos.	
() Ansiedade	() Orientar todos procedimentos para o paciente antes de cada execução	
() Débito Cardíaco diminuído	() Comunicar se PAS ≤ 90mmHg ou ≥ 180mmHg. Comunicar se FC ≤ 60bpm ou ≥ 120bpm	
() Risco de aspiração	() Realizar aspiração de vias aéreas superiores e inferiores	
() Dor aguda	() Assegurar e testar permeabilidade dos acessos venosos	
() Risco de glicemia instável	() Verificar HGT e Comunicar presença de hiperglicemias ou hipoglicemias	
() Risco de choque	() Avaliar/Monitorar nível de consciência /nível de sedação	
() Risco de hipotermia	() Aspirar vias aéreas S/N	
() Confusão aguda	() Realizar medidas preventivas contra hipotermia	
() Risco de trauma	() Realizar sondagem nasogástrica	
() Envenenamento	() Realizar lavagem gástrica conforme prescrição médica	
Outros:	Outros:	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Observações: _____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



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

Registro: 308061

Data: 17/09/2019

Horário: 16:31:00

Funcionário: CAROLINE

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

SUS

Senha 121

CPF: - RG: 3913631 - SUS: 702008369061983

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64600-000

Cidade: PICOS/PI

Pai: FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA

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

Celular: (89) 9942-3205

Clinica: ACOLHIMENTO

Documento: 355436 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA

Responsável: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

J2CX70univky

223505

Procedimentos

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

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

Qualixa principal: DOR NA Perna INCHACO devido acidente caindo na escada. Nega alergias.
anais normais.

JE -

Exame clínico/físico:

Base:

Tele:

Diagnóstico provável:

Rai:

Test:

Medicação:

NOTIFICAR?

Hospital Regional Justino Luz
CONFIRME COM O ORIGINAL
Data: 27/10/2017

Ass. Técnico

Procedimentos/exames realizados:

DI - U Uteri - M 16

A Ano

Dr. Justino Luz - 2017

DR

PR:

M 16

Ass. Técnico

DI:

Dr. Justino Luz - 2017

CR:

Dr. Justino Luz - 2017

TR:

DI:

Willynny Cristina S. Brito
Caren-PI 478442 ENF

355436 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA

23/03/59

09h.

Pacif. com punho extra curto em uso de artifícios e valentes para enjugar e desobstruir.
Sar queixas no esmudo

~~ANEXO - 10~~

23/03/59

Punho com punho extra em uso de artifícios e com queixa de dor -
lhas ou gagueira

D: R. Guarda Civil

[Signature]
CRRN - PI 10
MAGISTER
BENTO R. FERREIRA

Hospital Regional Justina Luz
CONFIRME COM O ORIGINAL
Data 24/10/60

[Signature]



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		
NACIONALIDADE	PICOS-PI		
DOC. ORIGEM	MATRÍCULA: CERT. NASC. 07897202511995100024210002811660		
CPF	EXP PICOS-PI 14/06/13		
TERESINA - PI			
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

CORREIOS

CORREIOS

CORREIOS

ENDERÉCOS PARA

Correios



ETIQUETA OU CARMIM N° 1

Correios

REMETENTE: JESSICA ELANE DOS SANTOS OLIVEIRA

CIDADE: PICOS-PI

BAIRRO: ~~Centro~~

NUMERO: 041

CEP: 64.600-041

Correios

SC
Saco
Saco ou saco
Kg _____ / _____

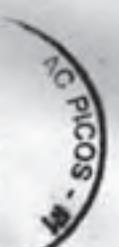
medida
l _____ / _____
h _____ / _____
g _____ / _____

Dados: _____ / _____

Assinatura: _____

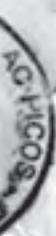
Data: _____

(CONTA)
Indicado (remessa
deve ser insuficiente
para a remessa;
a existir o número indicado
admitir remessa)
Data (data)



Correios

Correios



DESTINATARIO: GENTE SEGURADORA

ENDERECO: Coelho de Resende, 465 - sala c

Bairro: Centro (Sul)

Cidade: Teresina - PI

Cep:64000-370

UF / State	PA/US/County
------------	--------------

Correios

Correios

Correios

Correios

A N

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397095/19

Vítima: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

CPF: 072.608.933-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: JESSICA ELANE SANTOS
OLIVEIRA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA : 072.608.933-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

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

Valorização 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: RAIO 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

Valorização 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: RAIO 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.

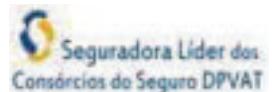
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA : 072.608.933-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

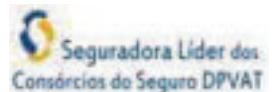
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397095/19

Número do Sinistro: 3190634575

Vítima: JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

CPF: 072.608.933-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2019

JESSICA ELANE SANTOS
OLIVEIRA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JESSICA ELANE SANTOS OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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:

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

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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. 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

1 - N° do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

071.609.923-94

4 - Nome completo da vítima:

Joséma Elane Santos Oliveira

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

5 - Nome completo:

Joséma Elane Santos Oliveira

6 - CPF:

071.609.923-94

7 - Profissão:

auxiliar administrativo

8 - Endereço:

Rua Frei Wagner

9 - Número:

42

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Picos

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.600-046

15 - E-mail:

disneycurico26@hotmail.com

16 - Tel.(DDDI):

(83) 94.60-0357

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0639

CONTA:

00133846

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

CONTA CORRENTE (Padrão do banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider 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 formalmente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE ALIENAÇÃO DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORERTURA 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou,

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou,

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, se invalides permanentes, 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 Lider 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 discordo dos seus conteúdos.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

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: Sim
Seus filhos? Sim
 Não

29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou
residuo (airbag)? Sim
 Não

31 - Vítima
tinha irmãos? Sim
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou
pais/vôos vivos? Sim
 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 255 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

x Jovana Elane Santos Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

559523-1

PROTOCOLO: Nº 19049056B01

PRF



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



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



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



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 47-DG, de 12 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13874AAABE6AA7A81DEA23AF577F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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 pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condicionamento da Pista: Seca
Estrutura Viária: Curva	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Não	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTO DECRESCENTE



SENTO 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 leves. 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: , inscrição 3045717, Policial Rodoviário Federal, nº 125962319, 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 8.579, 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 desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/boletimdeacidente>. Informações e protocolo 19049056B01 e o número de concurso 4F13B746AAB6AA7A61DEA2AF5771.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 12/08/2019, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea t, do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AABE6AATM61DE623AF527F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19049056B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - EPUB058 - CAMINHÃO-TRATOR

V1 - Informações

Placa: EPUB058 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 3045217, Policial Rodoviário Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser checada no site <http://www.prf.gov.br/novobalauenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AA8E6AA3A61DE420AF577F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19049056B01

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

Veículo: V1 / IVECO/STRALIS 600S40T

Placa: EPU8058

Nº BOAT: 19049056B01

Nome do Agente:

Matrícula do Agente: 3045717

Data: 09/09/2019

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

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por : matrícula 3045717, Policial 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 6.529, de 6 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 desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobauanterior>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AABE6AA7A61DE623AF577F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19049056B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FREnte



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novocat/authicar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F128746AABE4AA7A61DE623AF571F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19049056B01

V1 - Proprietário

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

CPF/CNPJ: 01.305.338/0001-14
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - CLEBER DE SOUSA MONTELO

V1C - Informações

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

Data de Nascimento: 21/09/1980

Sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AE
UF: TO
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 11/08/1999

Vencimento da habilitação: 03/04/2024

Nº Registro: 00766980107

Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

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

Condutor se recusou a realizar o teste: Sim

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

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

V1C - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045717, Policial 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 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.pdf.gov.br/novobalizaautenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B76AABE6AA7A61DE623AF577F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19049056B01

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - Não Identificado

V1P1 - Informações

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

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

V1P1 - Dados do Contato

Endereço:

Email:

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 MARCIELMA ARAÚJO BARBOSA

V1P2 - Dados do Contato

Endereço:

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, 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 8.578, 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 desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AABEAA7A1DE422AF577F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19049056B01

V1R1 - Proprietário

Nome: TRANSPORTADORA JUNIOR JULI LTDA

CPF/CNPJ: 01.305.338/0001-14

Email:

Telefone:

Endereço: JAGUARIUNA-SP



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 desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novodigital/authenticate>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F12B746AABE6AA7A61D6223AF977F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 chassis.	M	X		
3	Para choque traseiro danificado.	M	X		
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina	M	X		
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M	X		
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M	X		
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X		
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X		
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G	X		
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M	X		
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M	X		
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G	X		
16	Air bags (se existir)	M	X		

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por: Matrícula 3045717, Policial Rodoviário Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.205-2, 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 2016.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/nova/valida/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de comprovação 4F13B746AA8E6AA1A61DFA23AF577F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19049056B01

V1R1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045717, Policial Rodoviário Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 67-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AA3A61DE623AF527F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19049056B01

V1R1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 3045713, Policial Rodoviário Federal, em 12/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoatualizar>, informando o protocolo 19049056B01 e o número de controle 4F13B746AA8EAA7A61DE623AF577F.

191



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 224789.000108/2019-58

Unidade de Registro: 2º DP DE PICOS

Rsp. pelo Registro: Amadeu Leopoldino Dantas Filho

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

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE GEMINIANO

09/09/2019 - 22:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

INFORMAR NO COMPLEMENTO

GEMINIANO

Endereço

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

Ponto de Referência

288 v. 1.1

Complemento

Av. Rio Grande do Norte

Nome: JESSICA ELAINE SANTOS OLIVEIRA

Tipo Envolt.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 3.913.631 SSP PI

Mãe: MARIA DO SOCORRO SANTOS SILVA

Pai: 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

EPU8059 9A9CFF393C1DV8460

00479876215

Preta

Condutor: CLEBER DE SOUSA MONTEIRO

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-8058, CONDUZIDO PELO NACIONAL CLEBER DE SOUSA MONTEIRO, CPF N° 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 LUIZ 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do Unifone ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
23.609.933-23 Júnia Eloni Santos Oliveira

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

5 - Nome completo: Júnia Eloni Santos Oliveira 6 - CPF: 072.609.933-23
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Rio das Ostras 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 26.600-046
 15 - E-mail: jesuscuritiba28@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 94.60-0757

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0639 CONTA: 00133346 9
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso 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 Lider 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 dispor do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ini Civil) Divorciado Separado/Antecedentes Viúvo 24 - Data da morte (Mês 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Júnia Eloni Santos Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)