



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
Av. José Paulino, 389 - Centro - Campo Maior/PI
CEP: 64280-000 - CNPJ: 05.514.609/0001-00
Fone: (86) 3252-1231 Site: www.campomaior.pi.gov.br



0000474.5 09/2019

Y150595389 21743245 08-03-2019 0009 027 0010 190101143

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

ANTONIA FRANCISCA DE OLIVEIRA (PURPURA)
AV. JOSE PAULINO 01285, MATADOURO
CEP: 64.280-000 CAMPO MAIOR-PI

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		47,08
16	MULTA POR ATRASO - 07/2019		0,96
17	ENCARGOS (07/2019) 16 DIAS		0,32

HIDROMETRIA

LEITURA DATA
ANTERIOR: 907 05/08/19
ATUAL: 907 04/09/19
CONSUMO: 06 DIAS: 30
LEITURISTA: 20 OCO: 50

MÉDIA: 5 m³

ÚLTIMOS CONSUMOS



PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVATÓRIO: 01-POÇO TUBULAR		PERÍODO: 22/08/19 A 22/09/19	
PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
PH	6,5	01	7,37
CLORO	ATE 5 M	01	0,20
TURBIDez	ATE 5 UT	01	0,37

DEBITO(S)

EXISTE(M) 001 FATURA(S): TOTALIZANDO EM R\$ 48,18

VENCIMENTO 29/09/2019 VALOR R\$ 48,36

SR. CONSUMIDOR: APOS CONSULTAR NOSSOS REGISTROS, COI
QUE V.Sª. ESTA EM DEBITO COM ESTE SERVIÇO, REF. AO(S) MEI
ACIMA DISCRIMINADOS. SOLICITAMOS A REGULARIZAÇÃO DO DE
APOS 30 DIAS DA DATA DA NOTIFICAÇÃO ESTARA SUJEITO AO COI
NOS TERMOS DO ART.40, V, 5º DA LEI DE Nº11.445/2007. CASO JA
TENHA EFETUADO O PAGAMENTO FAVOR DESCONSIDERAR ESTI

CONSUMIDOR



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
Av. José Paulino, 389 - Centro - Campo Maior/PI
CEP: 64280-000 - CNPJ: 05.514.609/0001-00
Fone: (86) 3252-1231 Site: www.campomaior.pi.gov.br



0000474.5 - ANTONIA FRANCISCA DE OLIVEIRA (P. 09/2019
VENCIMENTO 29/09/2019 VALOR R\$ 48,36

SAAE

NÃO RABUZE

AUTENTICAÇÃO NO VERSO

0000474.09.19.190101143
82630000000-5 48380373000-1 04740919190-6 10114300004-6



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o(a)
Sr(a) Cícero Alvar Fátima Neto,
apresenta patologia CID S42.0 (autorizado pelo paciente) e
necessita de 90 (noventa) dias de afastamento de suas atividades
laborais para fins de tratamento.

Campo Maior/ PI, 02 de 08 de 20 19.



Médico

RECEITUÁRIO

20105
- Ciro Alu *Fator Nub*

1 cont. Unida r²

3 med
14.10.19

19.10.19



Médico(a)

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno, s/n - Bairro São Luis

Fone: (86) 3252-1372 - Fax: (86) 3252-4546
CEP 64.280-000 - Campo Maior - PI
CNPJ 06.553.564/0006-42

RECEITUÁRIO

Casos Alus fôrta Nota

U):

① legadura na 507 — 289,
Tm de 4162, 15 72h

② Algae 1507 — 114
Tm 10 12h

030815

Salmo Melo Oliveira Lima
MÉDICO
CRM-PI 3113

Médico(a)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1016121 - CICERO ALVES FEITOSA NETO

Data da internação: 28/07/2019 - 01:45:00

Sexo: M

Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 26 DIAS

Responsável: CICERO ALVES FEITOSA NETO

Page 1 of 1
Data impresso: 03/08/2019

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0401

Evolução

03/08/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

10:25:38 1º DPO DE OSTEOSINTESE DE CLAVICULA E. SEM QUIEXAS.

KASSIA

Kassia Andrade e Silva
Enf.ª
COREN-PI 336.765



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impressão: 02/08/2019 - 16:15:26

Página: 1/1

PACIENTE: 1016121-CICERO ALVES FEITOSA NETO
ENFERMARIA: CC04-CLINICA CIRURGICA - LETTO:CC0401

IDADE: 22 Anos
ADMISSÃO: 28/07/2019

SUS
DIAS INTERNADO: 5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

02/08/2019 - 07:41:19

DIETA ZERO	LIVRE APOS RPA		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00BS	ENDOVENOSA (EV)	2000 ML
DIPIRONA SODICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	1,00FRA	ENDOVENOSA (EV)	
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	DILUIR EM 100 ML DE SFO,9
D1 - TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG/ML (TRAMAL)	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	DILUIR EM 100 ML DE SFO,9, SE DOR REFRACTARIA
RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	SN
D1 - CEFALOTINA SODICA PO P/ SUSP. INJ. 1G C/ DILUENTE	1,00FRA	ENDOVENOSA (EV)	
POI DE OSTEOSINTESE DE CLAV E			
SSV			
CCGG			

Maria Lúcia P. Gomes
COREN-PI 410638-AE
CPF: 396.862.712-20

Carla Regina Costa Lima
Téc. em Enfermagem
COREN-PI 111560/1

4352 - MARCELO LOPES MACHADO

PROFESSOR ALVES CAMPO MAIOR
ZACÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - S)
Data: 11/10/2018 - 14:18:35
Leito: CC0401
1016121 - VICÊNIO ALVES FEITOSA NETO

Diagnóstico / Prescrição

DEFICIT DE AUTO CUIDADO RELACIONADO A: IMOBILIDADE, DOR, IDADE ACIMA

OBSERVAR E COMUNICAR ALTERAÇÕES A EQUIPE
VERIFICAR E ANOTAR SSV

REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO	T N M			Horarios/Obs.	Assinatura
OFERECER APOIO E TRANQUILIZAÇÃO	16	22	00		
REALIZAR E ANOTAR BANHO NO LEITO					
PROPORCIONAR AMBIENTE TRANQUILO E AGRAVÁVEL					
OBSERVAR E ANOTAR COLORAÇÃO DAS EXTREMIDADES					
OBSERVAR E/OU REALIZAR HIGIENE ORAL E OCULAR					
PROVIDENCIAR A ARRUMAR LEITO - ESTICANDO OS LENÇÓIS					
EXPLICAR TODOS OS PROCEDIMENTOS, SEUS MOTIVOS E IMPORTÂNCIA					
ENCORAJAR O PACIENTE A REALIZAR MOVIMENTOS PASSIVOS COM OS MMSS E MMII					

18:00

PA: 130/70

Temp: 36.6

pulso: 55

AS 23:30 h P.R.: 110x80

Maria do Socorro Machado Neto
Técnico em Enfermagem
COREN-PI 159636

Enfermeiro(a)
W. de Lencastre, Passos Neto
COREN-PI 242121 ENF

Temp: 36.6

ST 92

M-T 62

Leidiane Maria Sousa Oliveira
COREN-PI 657363-TE

O2: 0.00

max: 35.5°C
5to 92.1°

PC: 51 bpm

PA: 130x80 mmHg

Leidiane Maria Sousa Oliveira
COREN-PI 657363-TE

Controle de Acompanhante

Paciente: Cicero Alves Feitosa Neto

Enfermaria Nº _____ Leito Nº _____

Acompanhante:

1 - _____	Data _____/_____/_____
2 - _____	Data _____/_____/_____
3 - _____	Data _____/_____/_____
4 - _____	Data _____/_____/_____
5 - _____	Data _____/_____/_____
6 - _____	Data _____/_____/_____
7 - _____	Data _____/_____/_____
8 - _____	Data _____/_____/_____
9 - _____	Data _____/_____/_____
10 - _____	Data _____/_____/_____
11 - _____	Data _____/_____/_____
12 - _____	Data _____/_____/_____
13 - _____	Data _____/_____/_____
14 - _____	Data _____/_____/_____
15 - _____	Data _____/_____/_____
16 - _____	Data _____/_____/_____
17 - _____	Data _____/_____/_____
18 - _____	Data _____/_____/_____
19 - _____	Data _____/_____/_____
20 - _____	Data _____/_____/_____
21 - _____	Data _____/_____/_____
22 - _____	Data _____/_____/_____
23 - _____	Data _____/_____/_____
24 - _____	Data _____/_____/_____
25 - _____	Data _____/_____/_____

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1 - IDENTIFICAÇÃO: Cunho Aluis Fátima Neto ENF: _____
Sexo: M (☒) F () Idade: 21 Estado Civil: Solteiro (☒) Casado ()
União Estável () Viúvo () Separado ()

2 - PROCEDÊNCIA: Deste Município () Outros: _____
Deambulando (☒) Cadeira de rodas () Maca () Sozinho () Acompanhado ()
SAMU ()

3 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico () Cirúrgico (☒) Obstétrico ()
Se Obetétrico: DUM: _____ IG: _____ G _____ P _____ A _____
Jeixa principal: _____

4 - HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:

Hipertensão () Diabetes () Tabagismo () Etilismo () Doença Cardíaca ()
Doença Renal () Alergias () Outros ()

5 - HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

Nível de consciência: Lúcido (☒) Confuso () Com superficial () Como profundo ()
Estado emocional: Agitado () Tranquilo () Tenso () Deprimido ()
Pele: Normocorada (☒) Hipocorada () Cianose () Sudorréica ()
Hidratado () Desidratado () Hiperemia () Local: _____
Integridade da pele: Sim (☒) Não () Obs.: _____
Rede venosa: Visível () Não visível ()
Edemas: Ausência (☒) Presença () Local: _____ Generalizado ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnéico (☒) Bradpnético () Taquipnéico () Dispnéico ()
Sse seca () Tosse produtiva () Hemoptise () Dor torácica () Epistaxe ()
Outras: _____

SISTEMA DIGESTIVO: Anorexia () Pirose () Disfagia () Náuseas () Vômitos ()
matênese () Dor abdominal () Dor epigátrica ()

ALIMENTAÇÃO: Oral (☒) Por SNG () Aceita normal () Aceita Parcial () Não aceita ()

HÁBITO INTESTINAL: Frequência diária () Diarréia () Constipado () Última evacuação: _____

SISTEMA URINÁRIO: Padrão urinário: Normal (☒) Por SVD () Poliúria () Polaciúria ()
Oligúria () Hematúria () Incontinência () Disúria () Anúria () Aspecto: Claro () Truvo ()

SONO E REPOUSO: Preservados () Insatisfatório ()

OUTRAS QUEIXAS: Febre () Dor (☒) Local: mse ombro e Outras: _____
SSVV: Tax°C: _____ P _____ R _____ PA _____

MEDICAÇÃO DE USO REGULAR: Não (☒) Sim () Quais: _____
Diagnóstico de Enfermagem: _____

Data: 28/02/19 Enfermeiro: Rodrigo de Araújo Silva
COREN-PI-525.430-ENF

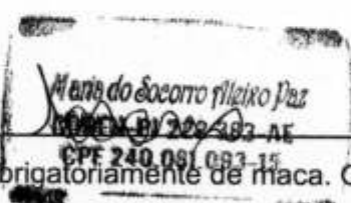
PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA CHECK LIST - PÓS-OPERATÓRIO

NOME: Cícero Alves Feitosa Neto DN: 02/08/1977

DO: CENTRO CIRÚRGICO

PARA CLÍNICA: Cirurgia DATA 02/08/19 HORÁRIO: 1

Nº	ITENS A SEREM CHECADOS ANTES DE O PACIENTE RETORNAR À CLÍNICA	CHECAR
	Conferir a identificação do paciente (pulseira, nome completo e data de nascimento)	✓
	Confirmar com o enfermeiro (a) do setor qual será o leito do paciente, informando condições clínicas do mesmo	✓
	Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário	✓
	Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso)	✓
	Verificar se os exames estão anexados ao prontuário	✓
	Verificar se há solicitação de Raio-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia.	✓
	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo dor)	✓
	Fazer registro de enfermagem no prontuário	✓
	Solicitar o maqueiro para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).	✓

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) E CARIMBO	ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO
 Samara Patrícia de S. Araújo Enfermeira COREN-PI 402.964	 Maria do Socorro Almeida Paz Técnica de Enfermagem COREN-PI 202.483-AT CPF 240.081.093-15

OBS.: O paciente deve ser encaminhado à clínica e radiologia obrigatoriamente de maca. O preenchimento deve ser feito pelo enfermeiro ou técnico do CC.

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA CHECK LIST - PRÉ-OPERATÓRIO

NOME: Cirilo Alves Feitosa Neto DN: 02/08/97

PARA CLÍNICA: Cirúrgica

PARA CENTRO CIRÚRGICO

- ☒ Conferir a identificação do paciente
- ☒ Conferir o tipo de cirurgia agendada
- ☐ Verificar a reserva de sangue na agência transfusional
- ☐ Confirmar a reserva de vaga na UTI, se necessário
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- ☒ Conferir retirada de adornos, esmalte e prótese (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propés, camisola e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- ☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- ☒ Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menor que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venoso com soro fisiológico a 0,9%
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer o registro de enfermagem no prontuário
- ☒ Confirmar com o centro cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- ☒ Encaminhar o paciente ao centro cirúrgico acompanhando do técnico de enfermagem, 30 minutos antes do horário agendado para o procedimento

Data: 02/08/19

Enfermeiro responsável: _____

Samara Patrícia de S. Araújo
Enfermeira
COREN-PI Nº 402.464



117
Auxiliar, Anestesiista, Instrumentador, Enfermeiro, Circulante

Piauí
GOVERNO DO ESTADO

Werner
Augsburger
Mittel

Data de nascimento: 02/10/1977 Prontuário: 57602 Data: 02/10/2019

Carlos Datta 3388
Anestesista

Marina da Solidade Rio de Janeiro
Técnicas de Enfermagem

Circuito

Entertainment

CLÍNICA: cirúrgica ENFERMARIA/LEITO: _____ PRONTUÁRIO: 57602

NOME: Cícero Alves Feitosa Neto DATA DE NASCIMENTO: 02/08/97

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do Clavículo E

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: _____

CIRURGIA: Osteossíntese de Fratura de Clavícula E. Nº SALA 02

CIRURGIÃO: Martelo CRM-PI _____

AUXILIADORES: 1º Lucas Carvalho 2º _____

INSTRUMENTADOR (A): Maria da Solidade Matos Silva CUREN-PI 372.930
CIRCULANTE: Maria do Socorro Aleixo Paz CUREN-PI 222.583-AE
CPF 240.081.093-15

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: (1) RT em DDH + Bloqueio (2) Anestesia + Antiespasmódico

(3) Comprimento (4) Incisão transversa sobre clavícula E (5) Direção

por planos (6) Redução e fixação com uso de placa e parafusos

(7) Sutura por planos (8) Lavativos

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM ☒ NÃO ESTIMADA: _____ ML

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM ☒ NÃO QUAL? _____

DATA: 02/08/19 HORA: _____

CIRURGIÃO

PACIENTE: <u>Cícero Alves Feitosa Neto</u>									
DATA: <u>02/08/19</u>		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A.							
CIRURGIA REALIZADA: <u>Osteotomia de clavícula (E)</u>		ALERGIA A: <u>Nega</u>							
TIPO DE ANESTESIA: <u>Bloqueio + Sedação</u>									
SINAIS VITAIS	HORÁRIOS								
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'				SAÍDA
P.A.	<u>130x70</u>								
F.C./PULSO	<u>63</u>								
TEMPERATURA									
OXIMETRIA	<u>98%</u>								

EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	ADMISSÃO	30'	SAÍDA	ESCALA DE ESCORE DA DOR
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao chamado = 0	<u>1</u>	<u>2</u>		
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	<u>2</u>	<u>2</u>		
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispnéia = 0 Apnéia = 1	<u>2</u>	<u>2</u>		
CIRCULAÇÃO (PA) 20% do nível pré-anestésico = 2 20 - 49% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	<u>2</u>	<u>2</u>		
SpO ₂ Mantém SpO ₂ > 92% em ambiente = 2 Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂ = 1 Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂ = 0	<u>2</u>	<u>2</u>		
TOTAL DE PONTOS APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS				

ESCALA DE ESCORE DA DOR

(sem dor) 0 1 2 3 4 5 (Dor máxima)

CONTROLES

OXIGÊNIO TERAPIA ()
PUNÇÃO VENOSA CENTRAL ()
SONDA NASOGÁSTRICA ()
SONDA NASOENTRAL ()
SONDA VESICAL DE DEMORA ()
DRENO DE KHER ()
DRENO PENROSE ()
DRENO TORAX ()
DRENO SUÇÃO ()
DRENO LAMINAR ()
COLOSTOMIA ()
GASTROSTOMIA ()
TRAQUEOSTOMIA ()
RESPONSÁVEL PELA CHECAGEM:

AValiação de ENFERMAGEM:

Prt encaminhado p/ SRPA ainda monitorado, orientado em tempo e espaço, respiração espontânea sem suporte de O₂, normotensão, normotêrmo. Segue sob cuidados da equipe.

Assinatura
Enfermeira
COREN-PI nº 142.064

Entregue:	() EX. LABORATORIAIS	() RX	() RECEITA MÉDICA	() ATESTADO MÉDICO	() F. NÃO PADRONIZADO
Encaminhado a:	() UTI	() RX	() ENFERMARIA	() EXTERNO	

**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**

CONTORNO,

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642

(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0257807

Data: 28/07/2019

Funcionario: MANINHA

Registro: 57602

Hora: 01:18:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 3

SUS

ICERO ALVES FEITOSA NETO

asc.: 02/08/1997 Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 26

Profissão:

Civil:

CEP: 64280-000

rd.: SANTA QUITERIA, 36 - CASA

Bairro: MATADOURO

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

or: PARDA

Telefone: (86) 9812-18584

Mãe: RAIMUNDA MARIA FEITOSA DA SILVA

Pai:

Inicia: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação**Exames Complementares:****gnostico provavel:****Prescrição Médica:**Mylka Christine P. G. Pereira
Téc. em Enfermagem
C.R.E.N. - PI 001.263.357**Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 01:23:59

Prioridade:☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente**Queixa/História:** VITIMA DE QUEDA DE BICICLETA COM TRAUMA EM MSE E ESCORIAÇÃO EM MIE**Alergias:** NEGA**Medicação Usual:** NEGA

PA: 160X80 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 97

Dor:

FC: 64 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:**Conduta:** ENCAMINHADO PARA CLINICO**Dados da Alta**☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia **Destino:**147274 GLEICIANE DE ANDRADE RODRIGUES
Enfermeiro Responsável

Hora:

2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA
Médico ResponsávelCICERO ALVES FEITOSA NETO
Paciente ou Responsável



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

2 - CNES

2777754

4 - CNES

2777754

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

CICERO ALVES FEITOSA NETO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898002940163016

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/08/1997

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

57602

9 - SEXO

Masc. ☒

1

Fem. ☐

2

10 - NOME DA MÃE

RAIMUNDA MARIA FEITOSA DA SILVA

12 - ENDEREÇO

SANTA QUITERIA, 36 - MATADOURO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAMPO MAIOR

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2202208

15 - UF

PI

16 - CEP

64280-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de trânsito. Ao xocar a duna com o carro.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

AS con

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

Amn + R

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRACTURA LACERADA

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CIRURGIA GERAL

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/07/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

E220000002

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

50 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

J. Tarcia Silva de Oliveira

Atendimento:	I016121
Data:	28/07/2019
Hora:	1:45

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 1026
CAMPO MAIOR/PI

Nº AIH
MANINHA

BOLETIM DE ADMISSÃO

57602 - CICERO ALVES FEITOSA NETO

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 02/08/1997 - 21 ANOS, 11 MESES, 26 DIAS

Clinica: CIRURGIA GERAL Enfermaria: CC04- CLINICA CIRURGICA - Leito: CC0401 Convênio: SUS

Escolaridade:

CPF:

RG: 4.039.625

Médico: 2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

C/N:

SIS Prenatal:

Endereço: SANTA QUITERIA, N° 36 - CEP: 64280-000

Bairro: MATADOURO

Cidade: 2202208- CAMPO MAIOR/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai:

Mãe: RAIMUNDA MARIA FEITOSA DA SILVA

Responsavel: CICERO ALVES FEITOSA NETO - () -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

História Clínica

U105 AIH

Diagnóstico Provável

FRATURA CLAVICULA

Dr. Antonio Carlos Bandeira e Silva
CRM 2140 - R. CRM 2140
CPF 2259.232/22

ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI
(86) 3252-4546

Resumo de Alta / Transferência

1016121 -CICERO ALVES FEITOSA NETO

Data: 28/07/2019 Leito: CC0401

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes:

Paciente admitido em 28/07/2019 com quadro de hipertensão arterial sistólica e diastólica. Paciente em uso de medicação anti-hipertensiva. Evolução satisfatória com controle da pressão arterial. Paciente em uso de medicação analgésica. Sem alterações significativas. Sem outras alterações. Sem outras alterações.

Medicamentos
Captopril 150mg

Diagnóstico principal:

Hipertensão arterial

Diagnósticos Secundários:

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Destino: ☒ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para:

Observação:

Data:

03/08/19

Médico

Salmo Melo Oliveira Lima
MÉDICO
CRM-PI 3113

CRM/Carimbo

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1016121 - CICERO ALVES FEITOSA NETO

Data da internação: 28/07/2019 - 01:45:00

Sexo: M

Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 26 DIAS

Responsável: CICERO ALVES FEITOSA NETO

Page 1 of 1
Data impresso: 03/08/2019

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0401

Evolução

02/08/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

22:00:00

CLIENTE SEGUE NO LEITO, DORMINDO EM POI DE OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE CLAVICULA 'E'. SEM QUEIXAS.
RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE. F.O COM CURATIVO OCLUSIVO. ESTAVEL

ARTEMES

Guilherme
Silva de Silva
Certo. Assinatura: 24/8/19
PS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1016121 - CÍCERO ALVES FEITOSA NETO

Data da internação: 28/07/2019 - 01:45:00

Sexo: M

Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 26 DIAS

Responsável: CÍCERO ALVES FEITOSA NETO

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0401

Page 1
Data impresso: 01/08/2019

Evolução

01/08/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

14:15:20	5º DIH POR FRATURA DE CLAVÍCULA E. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO, DEAMBULANTE, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA VO, SONO SATISFATÓRIO, ELIMINAÇÕES ESPONTÂNEAS. AVP PÉRVIO.	ROSA	W de Souza R. Pessoa M. de COREN-PI 242.771 EN
----------	---	------	---

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

Data impresso: 02/08/2019

1016121 - CÍCERO ALVES FEITOSA NETO

Data da internação: 28/07/2019 - 01:45:00 Sexo: M Idade: 22 ANOS

Convenio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0401

02/08/2019

17:30 PCTE RETORNA DO CC, SEGUE NO PÓI DE OSTEOSSINTESE DE CLAVÍCULA "E", CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO SEM APORTE DE O₂, HIPOCORADO, EM DIETA ZERO ATÉ O MOMENTO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS (+) E NORMAIS, SONO PRESERVADO, SEM QUEIXAS ALGICAS. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

CAMILA

Camila Silva
COREM - PI 501.609 - EN

Profissional

Assinatura

17:30h - PA = 130/60 mmHg

Tax: 36,2°C

Cintia Pires Costa Lima
Téc. Enfermagem
COREM - PI 1156107

12:00h - PA: 120 x 80 mmHg.

Tax: 36,5°C

Cintia Pires Costa Lima
Téc. Enfermagem
COREM - PI 1156107



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Candida Dutra

Impress 31/07/2019 - 09:39:57

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1016121-CICERO ALVES FEITOSA NETO

IDADE: 22 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC04-CLINICA CIRURGICA -

LEITO: CC0403 1

ADMISSÃO: 28/07/2019

DIAS INTERNADO: 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

31/07/2019 - 09:33:44

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00BS	ENDOVENOSA (EV)	14GTS/MIN
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	+ 100 ML DE SF 0,9%
RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	SN	ENDOVENOSA (EV)	+ AD SN
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	+ AD
CUIDADOS GERAIS			
PCT COM FRAT DE CLAVICULA ESQ			

AS 12:00hs PA=120x80mmHg
TAX=36.8°C

Marta Francisca Pereira da Silva Cabral
MSC. COREN-PI 601111

Vinicius Pontes

Marta das Graças Brito Silva
Técnico em enfermagem
COREN-PI 910005
M.E. B.S.

T.S. N.D.R.
GOREN-PI 120571

3276 - VINICIUS PONTES DO NASCIMENTO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1016121 - CICERO ALVES FEITOSA NETO

Data da internação: 28/07/2019 - 01:45:00 Sexo: M

Responsável: CICERO ALVES FEITOSA NETO

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0401

Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 26 DIAS

Evolução

31/07/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

14:43:22	SEGUIE NO 3º DIH PARA TTO DE FRATURA DE CLAVICULA E. CONSCIENTE, ORIENTADO, RECEPTIVO AO DIALOGO, DEAMBULANDO, EUPNEICO, ACEITA DIETA, ELIMINAÇÕES REGULARES (SIC), SONO E REPOUSO PRESERVADOS.	KASSIA	 Kássia Magalhães e Silva CRM-PI 336.165
----------	---	--------	---



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ

64280-000, CAMPO MAIOR/PI

CNPJ: 06553564000642

TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 30/07/2019 - 10:06:00

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1016121-CICERO ALVES FEITOSA NETO

ENFERMARIA: CC04 CLINICA CIRURGICA - LEITO: CC0403

ADMISSÃO: 28/07/2019

IDADE: 22 Anos

SUS

DIAS INTERNADO: 2

Gardene Alves de M. Silva
CORREN-PI 115074-AE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

30/07/2019 - 10:05:51

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00 BS	ENDOVENOSA (EV)	14GTS/MIN
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	+ 100 ML DE SF 0,9%
RAINTIDINA, CLORIDRATO 50 MG/2 ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	SN	ENDOVENOSA (EV)	
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	
CUIDADOS GERAIS			
PCT COM FRAT DE CLAVICULA ESQ			

12h: 13x7 q P=58 e T=36,3 TASS
23:40 PA=120x80 mmHg TA=36,5°C
06:15 PA=120x70 mmHg TA=36,0°C

Marta Lucia P. Gomes
CORREN-PI 115074-AE
CPF: 396.662.713-20

Dr. Cesar Barros Rabelo
CRM 1223-PI
MÉDICO
CPF 118.059.643-34

T-S-N-D-R
T-S-N-D-R
T-S-N-D-R

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH

1222 - CESAR BARROS RABELO



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 250
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
Tel.: (86) 3252-4546

1016121 - CICERO ALVES FEITOSA NETO

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1
Data Impresso: 30/07/2019

Data da Internação: 28/07/2019 - 01:45:00 Sexo: M Idade: 22 ANOS
Convenio: SUS
Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: 30/07/2019

11:02	PACIENTE SEGUE NO 2º DIH PARA TRATAMENTO DE CLAVICULA ESQUERDA, SEGUE CONSCIENTE ORIENTADO, VERBALIZANDO EUPENICO AFEBRIL HIPCORADO	PROFISSIONAL		ASSINATURA
		ANTONIA LEDA SOUSA BARROSO		
				Antonia Leda Sousa Barroso Enfermeira COREN-PI 041988

AT: 50h: PA=15x6, P=57 e 37,1
Fraciso José de Sousa Santos
Técnico de Enfermagem
COREN-PI 13322



HOSPITAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

PACIENTE: 1016121-CICERO ALVES FEITOSA NETO
ENFERMARIA: CC04-CLINICA CIRURGICA -

LEITO: CC0403

IDADE: 22 Anos
ADMISSÃO: 28/07/2019

SUS

29/07/2019 - 14:22:05

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIAS INTERNADO: 1

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00BS	ENDOVENOSA (EV)	24	12/12	100 ML DE SF 0,9%
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	24	12/12	100 ML DE SF 0,9%
RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	24	12/12	100 ML DE SF 0,9%
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	24	12/12	100 ML DE SF 0,9%
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	24	12/12	100 ML DE SF 0,9%
CUIDADOS GERAIS	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	24	12/12	100 ML DE SF 0,9%
PCT COM FRAT DE CLAVICULA ESQ	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	24	12/12	100 ML DE SF 0,9%

Dr. Marcelo Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13.946

CONFERÊNCIA
Vitoria

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1016121 - CICERO ALVES FEITOSA NETO

Data da internação: 28/07/2019 - 01:45:00

Sexo: M

Idade: 22 ANOS

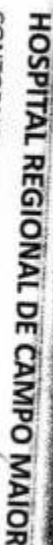
Convenio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0403

Page 1 of 1
Data impresso: 29/07/2019

29/07/2019

Profissional		Assinatura	
8:03	PACIENTE SEGUE NO 1 DIH PARA TRATAMENTO DE CLAVICULA ESQUERDA. SEGUE CONSCIENTE ORIENTADO. VERBALIZANDO EUPENICO AFEBRIL. HIPOCORADO. CONSSGUE DEAMBULAR RESPIRANDO SEM O2 UMIDO. SEGUE EM DIETA ZERO AGUARDANDO PARECER DO ORTOPEDISTA.	NOELIA	Noelia Maria Alencar Albuquerque Enfermeira COREN-PI 13855-PI
10:03	AVALIADO POR DR MARCELO HOJE. PACIENTE NAO IRA FAZER CIRURGIA HOJE DEVIDO FALTA DE MATERIAL.	NOELIA	Noelia Maria Alencar Albuquerque Enfermeira COREN-PI 13855-PI



Page: 1/1

Impres 28/07/2019 - 08:22:43

[illegible]

IDADE: 22 Anos
ADMISSÃO: 28/07/2019

SUS

DIAS INTERNADO: 0

28/07/2019 - 08:19:26

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML

CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML

1.00BS	ENDOVENOSA (EV)
1.00AMP	ENDOVENOSA (EV)

12/12H
12/12H
12/12H

30 GOTAS POR MIN

FLANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML

1.00 AMP

ENDOVENOSA (EV)

DIPHRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML

1.00 AMP

ENDOVENOSA (EV)

BROMIOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML

1.00 AMP

ENDOVENOSA (EV)

CUIDADOS GERAIS

PCT COM FRAT DE CLAVICULA ESQ

AS 11:20 hrs PA = 90 x 60 mmHg
TAX = 36°C

María Francisca Pereira da Silva Cabral
INSC. COREN-PI - 001.198.994

1872 - FRANCISCO AGAMENON DE SOUSA SOARES

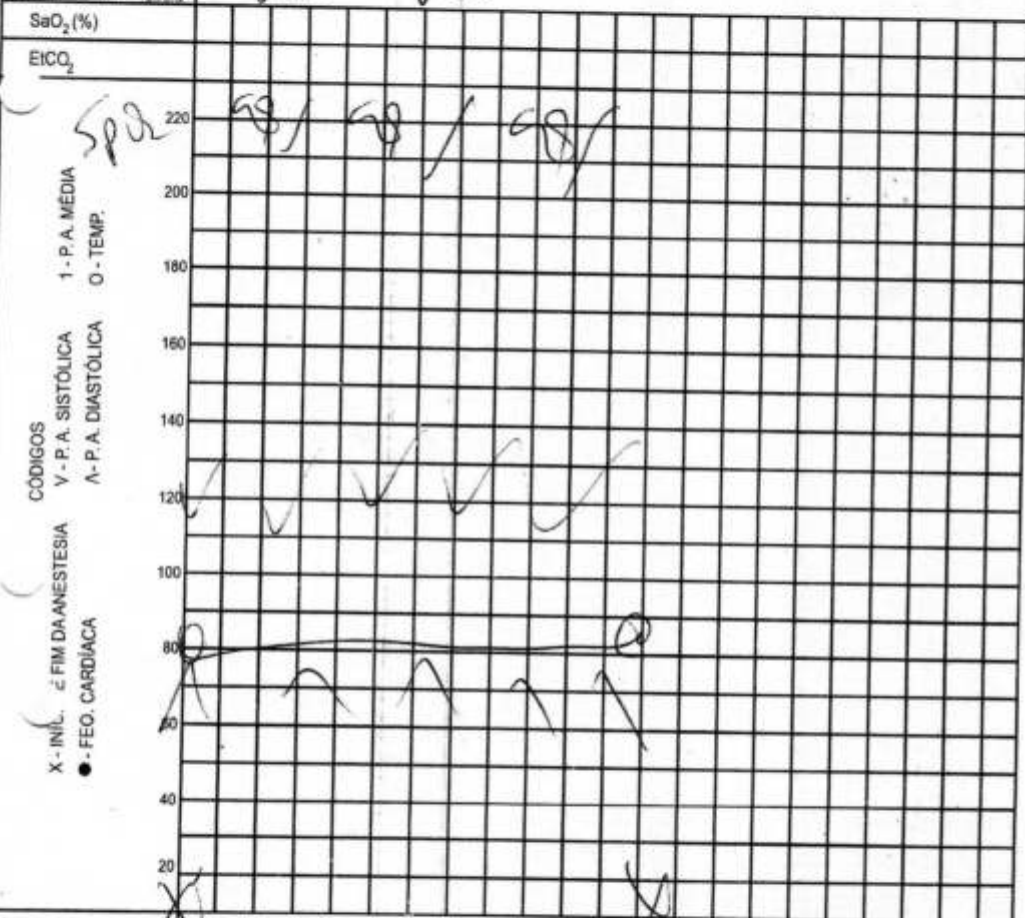
DATA	02/08/19	SALA	02
PRONTUÁRIO	57602		

PACIENTE		Grana Alberto Brito e Melo		IDADE	25	DATA NASC	02/08/97	PESO		SEXO	M
PROCEDIMENTO											
PRESSÃO ARTERIAL	FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS		ESTADO FÍSICO ASA			
HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	CREATININA							

OXIGÊNIO	
SEVOFLURANO	

G	F	R
SG 5%	SF 0.9%	RINGER
P		
PLASMA	CONCENTRADO	HEMOCAS

De Vst



SEQUÊNCIA

Wch

Abaixo

SÍMBOLOS		INÍCIO	14:45	FIM	16:00
DIURESE		DURAÇÃO 1h15m			

Técnica Anestésica: Bloqueio Interschulário e Sedação

Observações:

sem intubação

☒ ECG	☐ PVC	☒ Oxigênio	☐
☐ PAM	☐ PANI	☐ Capnógrafo	☐

GASES	min	e / Início	Fim	Tempo
Oxigênio	2			
Ar Medicinal				

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	Amp	Dopamina	Amp	Neostigmina	Amp	Ramifentanil	Fras
Adrenalina	Amp	Dormonid	Amp	Nipride	Amp	Ranitidina	Amp
Água dest. 10ml	Amp	Eferil	Amp	Noradrenalina	Amp	Ringer-Lactado	Fras
Cipro 200mg	Fras	Efedrina	Amp	Neocaina 0.5%	Amp	Sufentanil	Amp
Cefazolina 1g	Amp	Fentanil (s/cos)	Amp	Neocaina 0.5%	Amp	S. Fisiológico 0.9%	Fras
Clonidina	Amp	Fentanil (frasco)	Fras	Omeprazol	Fras	S. Glicosado 5%	Fras
Colóide ()	Fras	Sevoflurano	Ml	Pancurônio	Amp	Atracúrio	Amp
Dexametasona	Amp	Hidrocodiona	Fras	Profenid	Amp	Transamin	Amp
Diazepam	Amp	Isoflurano	Ml	Propofol	Fras	Novabup 0.5%	Fras
Dimorf	Amp	Manitol	Fras	Protamina	Amp	Lidocaina 2%	Fras
Dipirone	Amp	Metronidazol	Fras	Quelcion	Fras		
Dobutamina	Amp	Narcan	Amp	Quelcion	Fras		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1016121 - CÍCERO ALVES FEITOSA NETO

Data da internação: 28/07/2019 - 01:45:00

Sexo: M

Responsável: CÍCERO ALVES FEITOSA NETO

Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 26 DIAS

Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0403

Page 1 of 1
Data impresso: 28/07/2019

Evolução

28/07/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

11:44:20	SEGUIE PARA TTO DE FRATURA DE CLAVICULA E. CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPONSIVO AO DIALOGO, DEAMBULANDO, EUPNEICO, ACEITA DIETA, SONO E REPOUSO PREJUDICADOS (SIC).	KASSIA	KASSIA ANDRÉIA Enfermeira COREN: PI 336.765
----------	--	--------	---

CÓDIGO DE CONTROLE
2442.C096.2A01.897F

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:31:54 do dia 18/06/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190671859 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO ALVES FEITOSA NETO **Data do acidente:** 27/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG 12 30 - CIRURGIA
BAM PG 15

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190671859 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO ALVES FEITOSA NETO **Data do acidente:** 27/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG 12 30 - CIRURGIA
BAM PG 15

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428686/19

Vítima: CICERO ALVES FEITOSA NETO

CPF: 075.868.343-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/07/2019

Titular do CPF: CICERO ALVES FEITOSA NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CICERO ALVES FEITOSA NETO : 075.868.343-00

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: 02/12/2019
Nome: CICERO ALVES FEITOSA NETO
CPF: 075.868.343-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

CICERO ALVES FEITOSA NETO

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190671859

Vítima: CICERO ALVES FEITOSA NETO

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO ALVES FEITOSA NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190671859

Vítima: CICERO ALVES FEITOSA NETO

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO ALVES FEITOSA NETO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **CICERO ALVES FEITOSA NETO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000616**

Conta: **00000121328-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 075.868.343-00 4 - Nome completo da vítima: Cícero Alves Fritora Neto

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

5 - Nome completo: Cícero Alves Fritora Neto 6 - CPF: 075.868.343-00

7 - Profissão: Recebe 8 - Endereço: R R Santa Quitéria, 361 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Matadouro 12 - Cidade: Cambo Maiores 13 - Estado: RS 14 - CEP: 94280000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 999054054

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0616 ☐ CONTA: 421328 ☐ 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (v/nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Cícero Alves Fritora Neto

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105361.001351/2019-15

Unidade de Registro: 2º DP DE CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Marcos Antonio De Sousa Barroso

Data/Hora: 19/09/2019 - 16:11

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

1º DP DE CAMPO MAIOR

27/07/2019 - 17:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

BR 343, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA DA DONA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CICERO ALVES FEITOSA NETO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 4039625 SSP PI

Endereço: RUA SANTA QUITERIA, Nº 36

Bairro: MATADOURO

Cidade: CAMPO MAIOR - CEP: 64280-000

Telefone(s): 86-8132-3439

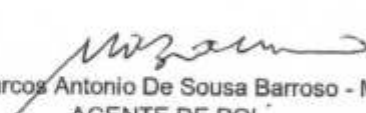
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

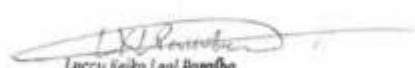
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADO COMPARECEU A ESTA DP PARA INFORMAR QUE NO DIA 27/07/2019 POR VOLTA DAS 17:30HS QUANDO PILOTAVA UMA BICICLETA FOI ABALROADO POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA E QUE A MESMA SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE.QUE SEGUNDO O NOTICIANTE O MESMO FOI SOCORRIDO POR SUA NAMORADA DE NOME TAINARA SILVA DE OLIVEIRA .QUE NO OUTRO NO DIA 28/07/2019 POR VOLTA DAS 01:18HS DA MADRUGADA DEU ENTRADA NO HRCM E POSTERIORMENTE (DIA 02/08/2019)AS 14:45HS DA TARDE FOI FEITO UM PROCEDIMENTO CIRURGICO NO NOTICIANTE POIS O MESMO NO ACIDENTE ACIMA SOFRIDO VEIO A LESIONAR(QUEBRAR A CLAVICULA).ERA O QUE TINHA A DECLARAR.


Marcos Antonio De Sousa Barroso - Mat.
AGENTE DE POL.


CICERO ALVES FEITOSA NETO - Noticiante
Responsável pela Informação


Luccy Keiko Leal Parafina
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 136.333-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 075.868.343-00 4 - Nome completo da vítima: Cícero Alves Furtosa Neto

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

5 - Nome completo: Cícero Alves Furtosa Neto 6 - CPF: 075.868.343-00
7 - Profissão: Picapeiro 8 - Endereço: R R Santa Quitéria, 3612 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Matadouro 12 - Cidade: Cambo Maiores 13 - Estado: PI 14 - CEP: 04280000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 999054054

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 opção)

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

AGÊNCIA: 0616 ☐ CONTA: 121328 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau do Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (a) (s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Cícero Alves Furtosa Neto

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO ALVES FEITOSA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000121328-9

Nr. da Autenticação A7F2FBF19439EAC9