



Número: **0800083-48.2020.8.18.0149**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **JECC Oeiras Sede**

Última distribuição : **02/03/2020**

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

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS (AUTOR)		KAIRO FERNANDO LIMA OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
85841 48	02/03/2020 10:37	Petição Inicial	Petição Inicial
85841 50	02/03/2020 10:37	procuração	Procuração
85841 52	02/03/2020 10:37	declaração de hipossuficiencia	Documentos
85841 57	02/03/2020 10:37	RG e CPF	Documentos
85841 61	02/03/2020 10:37	comprovante de endereço	Documentos
85841 68	02/03/2020 10:37	Boletim de Ocorrencia	Documentos
85841 75	02/03/2020 10:37	Boletim de Admissao e laudos	Documentos
85841 81	02/03/2020 10:37	Documentos UPA	Documentos
85841 88	02/03/2020 10:37	laudos médicos e receituário	Documentos
85841 92	02/03/2020 10:37	Dados Bancarios	Documentos
85843 47	02/03/2020 10:37	Declaração do Proprietario do Veiculo	Documentos

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO



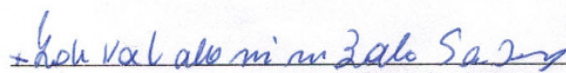
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA E ET EXTRA"

OUTORGANTE: JOCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS, brasileiro(a), solteiro, lavrador, portadora do CPF de nº 025.368.063-83, e do RG de nº 8026420 SSP-PI, residente e domiciliado Avenida Albana Holanda Bezerra, nº s/n, Bairro Barradar, Santa Rosa do Piauí -PI, CEP 64.518-000.

OUTORGADO: KAIRO FERNANDO LIMA OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PI sob o nº 9217, email: kairo-fernando@hotmail.com e HANDERSON ARAGÃO PORTELA BARBOSA, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PI sob o nº 16128, email: handerson_portela@hotmail.com, ambos com escritório profissional na Avenida Totonho Freitas, frente ao Fórum, sala 02, centro, CEP: 64.500-000, na cidade de Oeiras - PI.

PODERES: Os mais amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possam, em qualquer instância, tribunal, repartição pública, órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propor ações e procedimentos de qualquer natureza, defender nas que forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, recorrer, promover medidas cautelares, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, celebrar acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, levantar e sacar alvarás judiciais e requisições de pequeno valor (RPVs), perante toda e qualquer instituição bancária, pública ou privada, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, bem como substabelecer o presente, com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Oeiras/PI, 19 de Fevereiro de 2020.



OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **JOCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS**, brasileiro(a), solteiro, lavrador, portadora do CPF de nº 025.368.063-83, e do RG de nº 8026420 SSP-PI, residente e domiciliado Avenida Albana Holanda Bezerra, nº s/n, Bairro Barradar, Santa Rosa do Piauí -PI, CEP 64.518-000, não possui endereço eletrônico, declara para os devidos fins que sua atual condição econômica não permite demandar em juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede os benefícios da justiça gratuita previstos na Carta Constitucional de 1988, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da Lei 1.060/50 (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o artigo 1º da Lei 7.115 de 29 de agosto de 1983.

Oeiras - PI, 19 de Fevereiro de 2020.

Jocevaldo Muniz dos Santos

JOCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

CARTEIRA DE IDENTIDADE
ASSINATURA DO TITULAR

João de Deus Martins

POLGAR DIREITO

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8026420 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/11/2019

NOME JOCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS

FILIAÇÃO MARIA MUNIZ DOS SANTOS
GERALDO PEREIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE OEIRAS - PI DATA DE NASCIMENTO 18/05/1987

DOC. ORGEM CERT. NASCIMENTO 15828 L 89 F 82
EXP. OEIRAS - PI 03/05/2005

CPF 025.368.063-83

PROFESSOR DOS CHACOS PIAUÍ

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83



CÓDIGO
L197-6

Nº da Nota Fiscal 015631276

A Tarifa Social de Energia Elétrica -- TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MES	PENALIDADE
DEZEMBRO/2018	07/01/2019

CONSUMO (kWh) 129

PAGAR (RS)
129,75

GERALDO PEREIRA DOS SANTOS
AV ALBANO HOLANDA BEZERRA S/N BAIRRO BARRADAR
CPF: 00003928597850
CEP: 64.518-000 - SANTA ROSA DO PIAUI

Classificação	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Pat.	Método 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1226462		1.1.1.1	48

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 129 - 0.619047

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 15/01/2019, o pagamento poderá ser realizado também a inclusão do nome do consumidor na CDESA, caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
11/2018	100,26	

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFORME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 719F.EE49.1449.2910.513E.C138.5FA1.9684

COMPOSIÇÃO DA DESPESA		DETALHAMENTO DA DESPESA	
Distribuição:	22,58	Salário do Calculador	114,49
Energia:	43,35	Aluguel: CHG	22,00
Transmissão:	6,82	Valor do ICMS	25,21
Encargos:	6,90	Valor do PIS	1,69
Tributos:	34,73	Valor do COFINS	7,83

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
DIC			FIC			DMIC
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54
0,00			0,00			0,00

OEIRAS

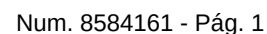
10/2018

28, 29



SEU CÓDIGO
1431197-6

TOTAL A PAG. 120





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 234809.000042/2019-74

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Eder Marques Camarço

Data/Hora: 30/08/2019 - 07:45

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SANTA ROSA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SANTA ROSA DO PIAUÍ

Endereço

LOCALIDADE MORRO DAS MULHERES, Nº:

Complemento

Data/Hora

10/02/2019 - 20:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS

RG: 395183200

Mãe: MARIA MUNIZ DOS SANTOS

Pai: GERALDO PEREIRA DOS SANTOS

Endereço: RUA 29 DE ABRIL, Nº S/N

Complemento: CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: SANTA ROSA DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-8819-1168

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. BIZ 125 ES

2008 NIB5938

9C2JA04208R136077

982594054

Vermelha

Condutor: A PRÓPRIA VITIMA/NOTICIANTE

Cidade: SANTA ROSA DO PIAUÍ UF: PI Bairro:

Proprietário: NELSON DOS SANTOS

Cidade: SANTA ROSA DO PIAUÍ UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMUNICA QUE TRAFEGAVA DE CONDUTOR NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA NA P.I-239, MAS PRECISAMENTE NA LOCALIDADE MORRO DAS MULHERES AO CRUZAR POR UM VEICULO O NOTICIANTE/CONDUTOR SE ENCANOU, VINDO A DESCER DA P.I E COLIDIR COM A RIBANCEIRA, VINDO O MESMO A CAIR; QUE EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE O MESMO SOFRERA FRATURA EXPOSTA EM PERNA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DE SANTA ROSA DO PIAUÍ-PI, VINDO DIRETO PARA A UPA DE OEIRAS E LOGO EM SEGUIDA SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ EM PICOS-PI.

Eder Marques Camarço - Mat.
AGENTE DE POL

JOCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parafba
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

10ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE OEIRAS

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE OEIRAS-PI

FONE (89) 3462-1313

Certidão de Inexistência de I.M.L.



CERTIFICO a requerimento de parte interessada, e, por ser a expressão da verdade que, nas cidades que pertencem a circunscrição da 10ª DRPC: Oeiras-PI, Colônia do Piauí-PI, Wall Ferraz-PI, São Francisco do Piauí-PI, São Miguel do Fidalgo-PI, Santa Rosa-PI, Cajazeiras - PI, São João da Varjota-PI, Santa Cruz do Piauí-PI, Paquetá do Piauí **não existe IML (Instituto de Medicina Legal)**, acrescentando que o único do Estado do PIAUÍ está localizado em Teresina-PI.

Era o que tinha a certificar. Eu, Eder Marques Camarço, Agente de Polícia Civil, que digitei.

Oeiras, 30 de agosto de 2019.

Eder Marques Camarço

Agente de Polícia Civil

Mat.108480-1



Atendimento:	1038099
Data:	11/02/2019
Hora:	11:50

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

Nº AIH
WALKIRIA

BOLETIM DE ADMISSÃO

406080 - JOCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 18/05/1987 - Cor/Raça: 03-PARDA

31 ANOS,8 MESES,24 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 13- ORTOPEDIA - M Leito: C13/65 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 4144 - KAIRO ALDERTRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS

CPF:025.368.063-83 RG: 395183200 CNS:700001807729308 SIS Prenatal:

Endereço: SINHA SOITO, N° 1.290 - CEP: 64500-000 Bairro: JUREMINHA

Cidade: 2207009- OEIRAS/PI Profissão: LAVRADOR Telefone: (89) 9880-26467

Pai: GERALDO PEREIRA DOS SANTOS Mãe: MARIA MUNIZ DOS SANTOS

Responsavel: DIONIO TOMAZ PEREIRA RIBEIRO - (89) 9880-26467 - AMIGO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

☐	Curado	☐	Removido	☐	-48 Horas
☐	Melhorado	☐	Pedido	☐	+48 Horas
☐	Inalterado	☐	Evasão	☐	Obito
☐	Piorado	☐	Indisciplina		

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

KAIRO ALDERTRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS



Hospital Regional Justino Luz CNPJ: 06.553.564/0102-81
Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

FICHA DE ATENDIMENTO

Funcionário: BranData: 11 / 02 / 19Cartão SUS: 700003807729308Horário de Atendimento: 05 h 37 minNome do Paciente: Geraldo Muniz dos SantosData de Nascimento: 18 / 05 / 87 Profissão: banqueiroNaturalidade: Quirás - PITelefone: (89) 98802-6467Mãe: Mª Muniz dos Santos

Filiação:

Pai: Geraldo Pereira dos SantosEndereço: Rua Cinha SeitoNº 1290Bairro: Guariminha

CEP: _____

Cidade: Quirás

Religião: _____

Demanda: _____

CPF: 02536806383RG: 395183200Data de Expedição: 30/05/1Estado Civil: Solteiro

Médico: _____

Motivo da Consulta: fratura

Dados Clínicos:

Pct vítima de
acidente com
moto, apresentando
de fratura exposta
em região de MZE. (SSC) 2! AO OKTO
PA 320x60mm Hg.

Nega Alegria

DRA VANESSA FERREIRA COSTA LEAL
COREN-PI 170.029 ENF

Prescrição:

Fratura exposta em MZE.7L Tilatil 40mg TAB, 4, 700RA 02/10,
2! AO OKTO3! 400mg R x de MZE (AO
OKTO VEDZSTA)

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 02 / 07 / 19

Kairo Tomaz P. Ribeiro

Assinatura do Paciente ou responsável



Ono F. R.

Uma m. no dor no braço
na perna (4), apêndice dor, e
no fêmur e no pé. Um fêmur
do pé perna (5)

Op: tratamento p/ tratamento
Cirurgia

Suave e
na face

Dr. Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PI 4144 TEOT 14675





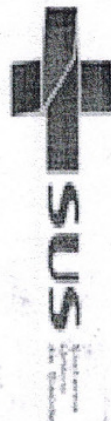
**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

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

PRONTUÁRIO		CLÍNICA	RELATORIO DE INFERMAGEM	
DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	MÉICO ASSISTENTE
11/02/19	dieta normal			
3:40	dieta normal			
	666h			
	3) CEFALGIA			
	4) TUBAII 100mg			
	5) TUBAII 100mg + 100mg			
	6) Omeprazol 20mg			
	7) C666 F511V			

Assinado eletronicamente por: KAIRO FERNANDO LIMA OLIVEIRA - 02/03/2020 10:36:41

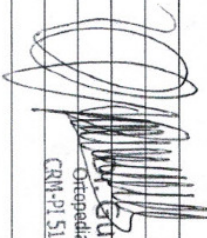
Num. 8584175 - Pág. 4



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



020-88

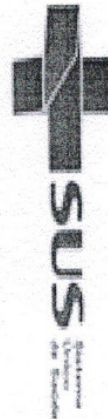
NOME: <u>Fernando Moura dos Santos</u>	ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
HD: <u>K. Over Perua B</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES		
DATA: <u>12/02/2019</u>				
1. DIETA ORAL LIVRE				
2. JELCO SALINIZADO				
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG				
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h, S/N				
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8, S/N				
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h, S/N				
7. CCGG+SSV				
8. TILATIL 40MG, EV, 12/12H				
9.				
 Dr. Gustavo Félix Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 5111 / CRM-MA 9916				

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 02/03/2019

Atenção por Alguém
do trabalho. Fica de
falta. Fica de 5500: 10
X80mmHg, 14X: 34.4
Do 20:30 h. 14X: 34.4
7:35.3 c. 14X: 34.4
Vatânia Moura
Téc. Enfermagem
COHEN 88951936







SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 02/03/2020



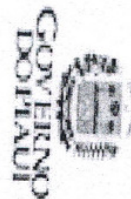
20/88

NOME: JUCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS HD: FRAT, PERNÁ E	ALA B 9	APTO	LEITO 48	R. MET.
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA: 15/02/19	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
1. DIETA ORAL	OBSERVAÇÕES			
2. JELCO SALINIZADO	Ab. 9:00 medicação 55.00 R.A. = 100			
3. OMEPRAZOL 40 MG VO ÀS 6H	4:30 pm mg + 10x = 35.00 R.A. = 100			
4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6H, SN	inf. dimetico. 10x = 35.00 R.A. = 100			
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS	20:00 14.20x80 mmHg			
6. CAPTOPRIL 25 MG-01 COMP, VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAD> 110 MMHG				
7. ONDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS				
8. TILATIL 20 MG+ AD, EV, 12/12 H				
9. SSVV+ CCGG				

Assinado eletronicamente por: KAIRO FERNANDO LIMA OLIVEIRA
Data: 02/03/2020 10:36:41







150111.077

OBSERVAÇÕES

2

25/10

50

26

2

4

1

1

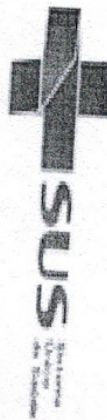
08/27

1

1

Num. 8584175 - Pág. 11





SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 02/03/2020



NOME: JUCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS		ALAC	ENF 20	LEITO 88	R. MET.
HD: FX DA PERNA ESQ		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA: 20/02/2019		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
1. DIETA ORAL LIVRE					
2. SF0,9% - 1000ML IV EM 24H					
3. OMEPRAZOL 40 mg VO ÀS 06 HORAS					
4. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (SN)					
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (SN)					
6. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)					
7. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160 MMHG E/OU PAD > 110 MMHG					
8. SSVV + CCGG					
9. TILATIL 40MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
Dr. Francisco Antônio Caspary Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 1394 / TEOT 14183					

PA 11:00h, Apoiado SSU
PA 120 x 80 mmHg, PA 36,6
Ext. Tec. emba coxa com um
dia 3a sítio de injeção de Silva local
20h - Apoiado SSU: PA = 120/80 mmHg, Tcc = 36,4°C
Tcc. Ext. Tec. emba coxa - 41.605





Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 02/07/19

NOME	Júlio César da Silva
ID:	
DATA:	2102/2019
PREScrição Médica	
1. DIETA LIVRE	
2. JEICO SALINIZADO	
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG	
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h S/N	
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N	S/N
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N	S/V
7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H S/N	S/V
8. OMEPRAZOL 40MG 01 COMP. V.O PELA MANHÃ	S/V
9.SSVV+CCGG	X
RACIA C	
APTO	20
LEITO	28
R.MET.	
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
	An 8:40h medicado 50cc PA Atividade de Sono Espontânea TI: 35°C, F: 22 bpm Técnica em Enfermagem COREN-126653
	An 19:40h medicado PA: 140x80 mmHg, T: 38,6 °C. Telex Cardíaco com SpO ₂ 96%



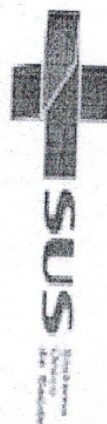


* Mauds ADS 52

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 02/07/19

11 September day + good SF in 12, 18:30

Jose Ayres Pedreira Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 3424 TEGT 11.977
Fone 025.650.474-03



SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME:	Daviel M. de S. S.		
HD:	I + Pneu		
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA: 24/02/2019			
1. DIETA ORAL LIVRE	ALAC	20	APTO
2. JELCO SALINIZADO	500	88	LEITO
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG	Atenção	R. MET.	
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h, S/N	S/N	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8, S/N	S/N	OBSERVAÇÕES	
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h, S/N	S/N		
7. CCGG+SSV	Atenção		
8. TILATIL 40MG, EV, 12/12H	12' 24		
9 - Ceftriaxona 1g EV 6/6h	18 24 06		
10 - Ceftriaxona 0,5g EV 6/6h	18:30		
Dr. Kairo Fernando Lima Oliveira			
Assinatura			

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 08/03/2020



REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE Guia Oliveira SALA Nº 04

ENTRADA NA SO _____ INÍCIO DA ANESTESIA: _____ INÍCIO DA CIRURGIA _____

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

CIRURGIA PROPOSTA: _____

CIRURGIA REALIZADA Osteossíntese fratura das ossas da perna esquerda

CIRURGIÃO _____ ANESTESIOLOGISTA _____ INSTRUMENTADOR _____

ASSISTENTES: 1º _____ CRM _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO

SÍMBOLOS

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

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 128/88 SATO 100 FC 81

SINAIS VITAIS TÉRMINO PA _____ SATO _____ FC _____

TIPO DE ANESTESIA

☒ Raque

☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO

☐ BLOQUEIO AXILAR

☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2

☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX

☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20

☐ BLOQUEIO PERIBULBAR

☐ GERAL COMBINADA (V+1)

☐ GERAL INALATÓRIA

☐ GERAL VENOSA

☐ LOCAL

☐ PERIDURAL

☐ SEDAÇÃO

☐ SEDAÇÃO + LOCAL

☐ TÓPICA

☐ GERAL

☐ COM CATETER

☐ SEM CATETER

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____

☐ COM CUFF

☐ SEM CUFF

☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____

☐ OUTRAS _____

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA

☒ DORSAL

☐ VENTRAL

☐ GINECOLÓGICA

☐ LITOTÔMICA

☐ LATERAL ESQUERDO

☐ LATERAL DIREITO

☐ SENTADA

☐ SEMI-FOWLER

☐ TRENDELEMBURG

PREPARO DA PELE

☒ DEGERMAÇÃO

☒ ANTI-SEPSIA

☒ REALIZADA POR

☒ PVPI DEGERMANTE

☒ PVPI ALCOOLICO

☒ EQUIPE MÉDICA

☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA

☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO

☐ EQUIPE ENFERMAGEM

☒ PVPI TÓPICO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ CATETERISMO VESICAL

☐ TRICOTOMIA

☐ PASSAGEM SNG

☐ FUNÇÃO VENOSA

☐ MSD

☐ MSE

☐ ASPIRAÇÃO

☐ OUTROS _____

☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl

☐ SONDA URETRAL Nº _____

☐ COLETOR

☐ UROSTOP

☐ AP BARBEAR _____ UND.

☐ SNG Nº _____

☐ SONDA FOLEY Nº _____

☐ LANCETA _____ UND

☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____

☐ JELCO Nº _____

GARROTEAMENTO

TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH _____ UNID

LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO

TEMPO ☐ ANTEBRAÇO

☐ COXA

☐ PANTURRILHA

☐ GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmhg

☐ NÃO SE APLICA

☐ INÍCIO _____ TÉRMINO _____

SERVIÇOS SOLICITADOS

☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

☐ LABORATÓRIO

☐ RX

☐ NÃO

☐ SIM

☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM

☐ OUTROS _____

LOCAL _____ Nº DE FRASCOS _____

☐ NÃO SE APLICA



ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILÁTICA☐ NÃO ☒ SIM☒ NOME

Cefazolina 2g

17:10

HORÁRIO

CURATIVO☐ LIMPA☐ POTENCILMENTE CONTAMINADA☐ CONTAMINADA☐ INFECTADA**CIRURGIA**☒ GAZE ALGODOADA☐ PELÍCULA TRANSPARENTE☐ DRENO PENROSE Nº☐ TALA DE PVC☒ ATADURA DE CREPOM 10 cm☐ TAMPÃO OCULAR☐ STERI-STRIP☐ PROTETOR OCULAR☐ GAZE VASELINADA☐ TAMPÃO VAGINAL☐ COM CÂNULA☐ ATADURA GESSADA☐ ALGODÃO ORTOPÉDICO☐ TAMPÃO NASAL☐ SEM CÂNULA☐ OUTROS☐ POMADA☐ COLÍRIO**OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES****NÍVEL DE CONSCIÊNCIA TÉRMINO**☐ SONOLENTO☐ SEMI-NARCOSE☐ CHOROSO☒ ACORDADO☐ AGITADO☐ OUTROS**ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**☐ CRPA☒ UNIDADE DE INTERNAÇÃO☐ ALTA HOSPITALAR

AUX. TEC. ENF.

Graça Oliveira

COREN

544100

ENFERMEIRA

COREN

CONTROLE E REGISTRO DO USO DOS INTEGRADORES

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

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
Joãovaldo Nunes da Santa				02/02/2019		
PROCEDIMENTO				SALA 04		
MATERIAL DE CONSUMO				APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO	☐	
SERINGA 5 ML/10 ML	01/02			BOMBA DE INFUSÃO	☐	
SERINGA 20 ML				ASPIRADOR	☐	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	☒	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	☒	
AGULHA 40X12	01			ULTRASSON	☐	
ALGODÃO				STIMUPLEX	☐	
ÁGUA DESTILADA	02			USO DA SALA		
PVPI Top + Degermante	02			INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE	03					
ATADURA COM CREPOM	03					
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF	01					
NEOCAÍNA PESADA	02					
LIDOCAÍNA						
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIASEPAN	01					
TIOPENTAL						
EFORTIL	02					
DIPIRONA	04					
CEFAZOLINA	02					
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON n° 2-0	02					
VYCRIL n° 2-0	01					
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE	06					
ESPARADRAPO	30					
LÂMINA DE BISTURI n° 24	02					
LUVA ESTÉRIL 7.5/8.0	02/03					
LUVA DE PROCEDIMENTO	04					
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	10					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO	01					
AGULHA DE RAQUE	01					
XICAM						

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 02/02/19
Assinatura: [Assinatura]

José Ayres Pedreira Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 3424 TEOT 11.977
CPF 036.650.474-85

MÉDICO: [Assinatura]
ENFERMEIRA(O): [Assinatura]
Téc. ENFER.: Graça Oliveira/544100



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

FICHA DE ANESTESIA

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



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

ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE <u>Josivaldo Junior</u>	
ALA:	ENFERMARIA: LEITO: PRONTUÁRIO Nº: <u>11400</u>
DATA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO
10/02/19	Atendimento nutricional realizado
11/02/19	Atendimento nutricional realizado
12.02.19	Atendimento nutricional realizado. Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRN 22259
13/02/19	Atendimento nutricional realizado
14.02.19	Atendimento nutricional realizado. Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRN 22259
15/02/19	Atendimento nutricional realizado. Kadma Suzamar S. Lacerda NUTRICIONISTA CRN 6 - 10266
16/02/19	Atendimento nutricional realizado
17/02/19	Atendimento nutricional realizado
18/02/19	Atendimento nutricional realizado
19/02/19	Atendimento nutricional realizado. Kadma Suzamar S. Lacerda NUTRICIONISTA CRN 6 - 10266
20.02.19	Atendimento nutricional realizado. Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRN 22259
21.02.19	Atendimento nutricional realizado. Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRN 22259
22/02/19	Atendimento nutricional realizado
23/02/19	Atendimento nutricional realizado

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COMO ORIGINAL
Data 02/07/19
Alfonso





PRODUTOS PARA SUA SAÚDE

CNPJ: 12.553.959/0001-14 • INSC. ESTADUAL: 15.915.124-0
Av. Frei Serafim, 1898, Salas 01 e 02, Centro • CEP: 64.000-020 • Teresina - PI
Fone: (86) 98884-6757 • Fone/FAX: (86) 3217-3490
protepi@protepi.com / protepicitacao@gmail.com

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: Hospital Regional Justino Luz
CNPJ: _____
Assinatura: [Assinatura]
Cargo: Enfermeira
Nome: _____
Data: 03/07/19

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 03/07/19
[Assinatura]

Código ROPM Nº

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

01 parafuso vertical n: -40
01 parafuso vertical n: 44



ADJ Indústria e Comércio de Fixadores Ortopédicos e Implantes Ltda
R. Danilo Freire Metrelles, 561 Ch. Campo dos Amarais Campinas-SP CEP 13.082-045

Nome Técnico: Fixador Externo para Osteossíntese
Nome Comercial: Fixador Externo para Ossos

Médios e Longos
FIXADOR LINEFIX 35CM QUADRADO Ref. 3-17-35

Registro ANVISA nº: 80100020006

Lote: 31735/243

Fabricação: 12/06/2018

Validade: 12/06/2021

PRODUTO ESTÉRIL
ÓXIDO DE ETILENO

Qtd: 01

Armazenamento, Manuseio e demais especificações. Ver instruções de uso



0 000003 017036

Resp. técnico: Milqueias Lamira de Andrade
CREA Nº 5061920421 Uso Único. Destruir após o uso



ADJ Indústria e Comércio de Fixadores Ortopédicos e Implantes Ltda
R. Danilo Freire Metrelles, 561 Ch. Campo dos Amarais CEP 13082-045 Campinas-SP

Nome Técnico: Pino Implantável
Nome Comercial: Pino de Schanz

PINO DE SCHANZ 5.0 X 180MM ESTÉRIL Ref. 1.08.18

Material de Fabricação: Aço Inoxidável Conformado (ABNT NBR ISO 5832-1/ASTM F 138)

Registro ANVISA nº: 80100020016

Lote: 1.08.18/173

Fabricação: 11/06/2018

Validade: 11/06/2023

PRODUTO ESTÉRIL
ÓXIDO DE ETILENO

Qtd: 08

Armazenamento, manuseio, advertências e demais informações ver instruções de uso



0 000001 008012

Resp. técnico: Milqueias Lamira de Andrade
Uso Único. Proibido Reprocessar. CREA Nº 5061920421

Comunicação ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material(is) aqui discriminados do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 22/07/2019

DATA DA ALTA: 1/8/19

PACIENTE-Nome: Joacivaldo Muniz da Silva

Nº AIH: _____

Nº do Prontuário: _____

Data da Internação: 1/8/19

Procedimento Médico Realizado: Osteossíntese de osso da perna

Indicador de Compatibilidade: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: _____

CRM Nº: _____

José Alves Pedreira Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 3424 TEOT 11.977
CPF 036.650.474-03

A - FATURAMENTO; 2º VIA - HOSPITAL; 3º VIA - PROTEPI



Assinado eletronicamente por: KAIRO FERNANDO LIMA OLIVEIRA - 02/03/2020 10:36:41

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030210363594300000008197455

Número do documento: 20030210363594300000008197455

Num. 8584175 - Pág. 23



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: E0115876



INTERNADO

Coletado:

Data: 18/02/2019

Paciente: JOCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Médico(a): JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

Idade: 31 ANOS, 8 MESES, 24 DIAS

Convênio: SUS

Leito: C13/65 Enfermaria: 13

Impresso: 18/02/2019

HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,14 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	12,8 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	36,5 %	40 a 52 %
VCM	88,16 u ³	80 a 100 u ³
HCM	30,92 pg	26 a 34 pg
CHCM	35,07 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	9,300 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIELÓCITOS	00 %	0
METAMIELOCITOS	00 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
BASTONETES	00 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
SEGMENTADOS	72 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
BASÓFILOS	00 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
EOSINÓFILOS	01 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
LINFÓCITOS	13 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
MONÓCITOS	14 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	00 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	424,000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado em: 18/02/2019 - 09:40:00

Liberado em: 18/02/2019 - 11:07:19

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 02/07/19

Maria Auxílim Rodrigues de Araújo
FARMACÊUTICA BIOQUÍMICA

0313-MARIA AUXÍLIUM RODRIGUES DE ARAUJO LEITE

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

Assinado eletronicamente por: KAIRO FERNANDO LIMA OLIVEIRA - 02/03/2020 10:36:41

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030210363594300000008197455>

Número do documento: 20030210363594300000008197455

Num. 8584175 - Pág. 24



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: E0116132



INTERNADO

Coletado:

Data: 22/02/2019

Paciente: JOCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS

Médico(a): JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

Convênio: SUS

Leito: C13/62 Enfermaria: 13

Sexo: MASCULINO

Idade: 31 ANOS, 8 MESES, 24 DIAS

Impresso: 22/02/2019

HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,14 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	12,8 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	36,2 %	40 a 52 %
VCM	87,44 u ³	80 a 100 U ³
HCM	30,92 pg	26 a 34 pg
CHCM	35,36 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	16,600 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIELÓCITOS	00 %	0
METAMIELÓCITOS	00 %	0
BASTONETES	02 %	0,332
SEGMENTADOS	70 %	11,62
BASÓFILOS	00 %	0
EOSINÓFILOS	01 %	0,166
LINFÓCITOS	18 %	2,988
MONÓCITOS	09 %	1,494
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%

PLAQUETAS 273.000 /mm³

150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado: 22/02/2019 - 14:05:00

Liberado: 22/02/2019 - 14:30:13

- leucocitose Acentuada
- Neutrofilia Acentuada
- Neutrofilia Abs. Acentuada.

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL

Data 02/03/19

DR. CLEIDIVAN AFONSO DE BRITO
BIOMÉDICO
(CRM 4877)

4.827-CLEIDIVAN AFONSO DE BRITO

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

Assinado eletronicamente por: KAIRO FERNANDO LIMA OLIVEIRA - 02/03/2020 10:36:41

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030210363594300000008197455

Número do documento: 20030210363594300000008197455

Num. 8584175 - Pág. 25



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: E0116134



INTERNADO

Coletado:

Data: 22/02/2019

Paciente: JOCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS
Médico(a): ADERSON JUNIOR MARQUES BUENOS AIRES
Convênio: SUS Leito: C13/62 Enfermaria: 13

Sexo: MASCULINO
Idade: 31 ANOS, 8 MESES, 24 DIAS
Impresso: 22/02/2019

HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,14 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	12,8 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	36,2 %	40 a 52 %
VCM	87,44 u ³	80 a 100 u ³
HCM	30,92 pg	26 a 34 pg
CHCM	35,36 %	31 a 36 %
OBSERVAÇÕES		

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	16,600 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIELÓCITOS	00 %	0
METAMIELÓCITOS	00 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
BASTONETES	04 %	0,664 0 a 4 % Até 400 /mm ³
SEGMENTADOS	83 %	13,778 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	07 %	1,162 20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
MONÓCITOS	06 %	0,996 2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	549.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado: 22/02/2019 - 14:31:00

Liberado: 22/02/2019 - 14:32:25

- leucocitose absoluta.
- neutrofilia absoluta.
- monocitose absoluta discreta.
- Trombocitose discreta.

Hospital Regional Justino Luz
Data 02/03/19
[Assinatura]

[Assinatura]
BIOMÉDICO
CRM 4877

4.827-CLEIDIVAN AFONSO DE BRITO

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

Assinado eletronicamente por: KAIRO FERNANDO LIMA OLIVEIRA - 02/03/2020 10:36:41

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030210363594300000008197455>

Número do documento: 20030210363594300000008197455

Num. 8584175 - Pág. 26



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOTONHO FREITAS, 657,00
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P068528
Data: 10/02/2019
Funcionario: SILVA
Registro: 35433
Hora: 21:49:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 108

JOCIVALDO MUNIZ DOS SANTOS CPF: - RG: - CARTAO DO SUS
Nasc.: 18/03/1985 Idade: 33 ANOS, 10 MESES, 23 Profissão: Civil: CEP: 64518-000
End.: RUA DO MORRO S/N, 0 - Bairro: CENTRO Cidade: SANTA ROSA DO PIAUI/PI
Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: MARIA MUNIZ DOS SANTOS Pai: GERALDO PEREIRA DOS SANTOS

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA SUS:
Responsavel: JOCIVALDO MUNIZ DOS SANTOS - O MESMO Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

10/02/2019 21:49 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
10/02/2019 22:02 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLIENTE CONDUZIDO POR AMBULANCIA DE SANTA ROSA, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO DO TIPO QUEDA, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, SEM IMOBILIZAÇÃO. APRESENTANDO CORTE EM QUEIXO E FRATURA EXPOSTA EM MIE (PERNA) COM SANGRAMENTO COMPRESSÍVEL EM LOCAL. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRONICAS. ENCAMINHADO PARA SALA DE SUTURA SEM VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
10/02/2019 22:02:40

484914-RHAICE RANNA LIRA VALENTIM

DADOS CLÍNICOS

CLIENTE CONDUZIDO POR AMBULANCIA DE SANTA ROSA, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO DO TIPO QUEDA, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, SEM IMOBILIZAÇÃO. APRESENTANDO CORTE EM QUEIXO E FRATURA EXPOSTA EM MIE (PERNA) COM SANGRAMENTO COMPRESSÍVEL EM LOCAL. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRONICAS. ENCAMINHADO PARA SALA DE SUTURA SEM VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS.

DIAGNÓSTICO

TRAUMA / FRATURA EXPOSTA

CID: 9999

EXAMES COMPLEMENTARES

RX PERNA ESQUERDA, TORAX, Pelve

GERALDO DE CARVALHO
1.145.517-
TÉCNICO EM ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO MEDICA

DEXAMETASONA 4MG/2,5ML - 1 1 AMP
AMP IM
TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG/ML 1 AMP
(TRAMAL) - 1 AMP IM
DICLOFENACO SODICO 75 MG/3 ML 1 AMP
- 1 AMP IM

23:00
23:00
23:00

CONDUTA MEDICA

ENCAMINHADO PARA MEDICACAO

Data: 10/02/2019 Hora: 22:45:57

Responsavel: JOCIVALDO MUNIZ DOS SANTOS

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA





Data: 11/02/19

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DN: 181031985

Leito:

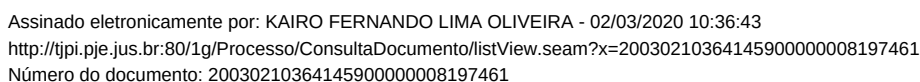
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

00:30k - transporte em caminhão, mais
 HPLC em Pios - PT na influência
 do HDPC com condutor de talha
 e técnica. Lenceros. SENHA: 201902
 10197473. LAURENCE ASSIL ABRAHÃO

entrega
COREN-PR 267.102

Hospital Regional Deolindo Couto – H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586, Centro
(89) 3462-3969 – CEP: 64.500-000 – Oeiras – PI
C.N.P.J. 06.553.564/0013-71



Da Unidade:		Para	lryl
Nome da Pessoa Encaminhada:		Registro	
Motivo do Encaminhamento:			
Observações:			
Data		Responsável pelo Encaminhamento	

OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA 10/02/18 HORA: / / Nº DO TELEFONE:

HOSPITAL SOLICITANTE Upa Oiras MUNICIPIO: HRDL - Pira

MÉDICO: Jaqueline R. Almeida CRM: 6585

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (☒) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Jaivaldo Ming da Costa

Idade: 33 anos Sexo: (☒) Masculino () Feminino

HDA: Paciente de 33 anos vítima de acidente automobilístico apresentando
fratura exposta de fêmur e tibia esquerda.

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- Espontânea
- Comandos
- A dor
- Nenhuma

RESPÓSTA VERBAL

- 5- Orientado
- 4- Confusa
- 3- Palavras inapropriadas
- 2- Palavras Incompreensíveis
- 1- Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6- Obedece a comandos
- 5- Localiza dor
- 4- Movimento de retirada
- 3- Flexão anormal
- 2- Extensão anormal
- 1- Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. 90 °C P: 90 bpm R: 18 mmm PA: 120/60 mmHg Sat O₂ 100 Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venenosa
- () Aspiração () Medicação
- () Curativo () Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HRDL

Clínica / Posto:

Senha: 20180210 187473

Jaqueline Almeida de Alencar
Médica
CRM-PI 6989



PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: SOULDA NUNIZ DOS SANTOSALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 10/02/2019

M A N H Ã	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

N O I T E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	



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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

OME DO PACIENTE	SEXO	APTº	LEITO
ROTUÁRIO	DATA	HORA	
CONVÊNIO			

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura pé (E)

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
22.02.19		
CIRURGIA PROPOSTA	CIRURGIA REALIZADA	

TIPO DE CIRURGIA:	ELETIVA	☐ REITERNAÇÃO
☐ LIMPA	☒ POTENCIALMENTE CONTAMINADA	☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO

1. Pct sob ant
2. 02.19
3. Incisão: ant. e pos.
4. Tração: ant. e pos.
5. Drenagem: pos.
6. Lavagem: ant. e pos.
7. Colocação de 2 pinos: ant. e pos.
8. Estabilização: pos.
9. Sutura: pos.
10. Curativo.

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COMO ORIGINAL

Data: 02.02.19

Funcionário: [Assinatura]

INTERCORRÊNCIAS

ANTIBIOTERAPIA	☐ NÃO ☒ SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA	☐ NÃO ☐ SIM
QUAIS:	Coloide 2g	Nº DE PEÇAS:	LOCALIZAÇÃO:

MATERIAIS ESPECIAIS	☐ NÃO ☒ SIM	SÍNTESE/TIPO:	ÓRTESE/TIPO:
---------------------	--	---------------	--------------

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

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

José Ayres Pedreira Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 3424 TEOT 11.977

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

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

CNPJ: 06.553.564/0102-81

1ª via farmácia
2ª via paciente

Carimbo do Médico

Paciente: Dominello Muniz dos Santos

Endereço: _____

Prescrição Uso oral

1) Cefalexina 500mg 10ca
Lancom 040, 040, por 07 dias
2) Fina de 10ca
Lancom 040, 040, por 07 dias

Data: 24/02/19

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. Completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



AVISO DE ALTA

PACIENTE

govevaldo muniz dos santos

ENFERMARIA

20

LEITO

88

DATA DA ADMISSÃO

11/02/19

DATA DA ALTA

24/02/19

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA

Dr. Flávio Hermoso

ENFERMEIRO

Raylllys my Rocha

OBSERVAÇÃO

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

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL

Data 02/03/19





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Retenção da Farmácia / 2ª via - Orientação do Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

00.946.687/0001-52
Secretaria Municipal de Saúde
de Santa Rosa-PI
Rua Calumbi, S/N Centro CEP: 64.518-000
Santa Rosa do Piauí-PI

1ª via - Farmácia

2ª via - Paciente

Paciente: DEIVANILDO MOURA DOS SANTOS

Endereço: _____

Prescrição:

1. USO TÓPICO

2. Trifluorometil spray.

Aplicar 3x/d

01/11

12.09.18

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI 1990 / CPF: 386.831.313-68

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rosa do Piauí

CNPJ: 11.963.266/0001-56

Rua Calumbi, s/n - Centro - CEP 64.518-000 - Santa Rosa do Piauí

REQUISICÃO DE EXAMES

Nome: _____ Paciente: Maria da Silva

Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

Município: _____

Dados Clínicos: _____

Exames Solicitados: _____

(Máximo de três)

Data: _____

Assinatura do Médico Solicitante e Carimbo

OBS - Estes exames são pagos pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa

DR. JOEL CAMPOS NETO
MÉDICO PEDIATRA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI 1930 / C.R.C. 388.631.313-68





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h.
OEIRAS - PIAUÍ



RECEITUÁRIO

Nome: Jocivaldo Muniz dos Santos
Data Nascimento: / /

R

Uso Oral

1. Ivermectina 6mg 01 comp

Tomar 01 comp. em
abose seco.

Data: 11/09/19

[Signature]

Drª Márcia Dias
MÉDICA
CRM-PI 6111

Médico Responsável

Hospital Regional Deolindo Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586
Fone: (89) 3462-1213 - CEP: 64.500-000 - Oeiras-PI
C.N.P.J 06.553.564/0013-71



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Joanilda M. dos Santos
esteve neste hospital dia 24 / 02 / 19 das _____ : _____ às _____ : _____ horas:

- ☐ Acompanhante familiar.
☐ Para Atendimento sem afastamento.
☐ Para atendimento, devendo permanecer em repouso hoje.
☒ Para atendimento devendo permanecer afastado por 15 dias, a partir desta data.
☐ Deve retornar para consulta em: _____

Diagnóstico /C.I.D.: S82.2 Picos-PI 24 de fevereiro 20 19

Médico (Assinatura e Carimbo)

Paciente(assiantura)

DiA 09/3
7 10/3
11 12/3
14 13

Serviço Social
98128 2023



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ**

2 - CNES: **410096122**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ**

4 - CNES: **410096122**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **JOCEVALDO PUNZ DOS SANTOS**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **700001807729310818051987**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **18/05/1987**

9 - SEXO: Masc. ☒ Fem. ☐

10 - RAÇA/COR: _____ 10.1 - ETNIA: _____

11 - NOME DA MÃE: **Maria Muniz dos Santos**

12 - TELEFONE DE CONTATO: **89880216467**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **Dionisio Tomaz Pereira Ribeiro**

14 - TELEFONE DE CONTATO: **89880216467**

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Rua - Sinha Sato nº 1290 Bairro - Jureminha**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Alenas**

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: **2207009** 18 - UF: **PI** 19 - CEP: **64500900**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **vitória no braço no movimento ao levantar a perna com dor, com fraqueza nos membros inferiores.**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **Tto cirúrgico.**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **RAIO X FEMUR FESW.**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **Fratura osso perna**

24 - CID 10 PRINCIPAL: **S729**

25 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Fratura osso perna**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408050519**

29 - CLÍNICA: **Unipar**

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **urgente**

31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF **010483468377**

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **010483468377**

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **KAIRO LIMA**

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **11/02/19**

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **Ortopedia e Traumatologia CRM PI 4164 TEO 1425**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA: _____

40 - Nº DO BILHETE: _____

41 - Nº DO BILHETE: _____

42 - CNPJ EMPRESA: _____

43 - CNAE DA EMPRESA: _____

44 - CBOR: _____

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: _____

48 - DOCUMENTO: () CNS () CPF _____

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____

Dr. Osvaldo Alves Costa
Médico Auditor SMS - Picos
Cartão SUS 100.590.547.838.000
CPF: 011.541.413-49/CRM/PI 314

Port SAS 743/200

er de forma legível e sem abreviaturas * via: SMS - 2ª via: Prontuário do Paciente)

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL: **Dionisio Tomaz Pereira Ribeiro**



CPF do Cliente:

025.368.063-83

Nome do Cliente:

JOCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS

CPF do Segundo Cliente:

Nome do Segundo Cliente:

Código do Correspondente:

16022118-8

Tipo Conta:

Conta Poupança

Tipo Cartão:

Débito ELO

Cheque Especial:

Não

Valor do Limite Cheque Especial:

Número da Conta:

1383.013.00067868-4



Declaração de Proprietário do Veículo

Eu, NELSON DOS SANTOS, RG nº 2.454.179, data de expedição 28/06/2002, Órgão SSP, portador do CPF nº 350.274.603-68, com domicílio na cidade de SANTA ROSA DO PIAVÍ, no Estado de PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA: 29 DE ABRIL, nº S/N, complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JOCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS, cujo condutor era JOCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA / BIZ 125 ES

Ano: 2008

Placa: NIB 5938

Chassi: 9C2JA0420BR136077

Data do acidente: 10/02/2019

Local e data: _____


4º OFÍCIO
Assinatura do Declarante: Yoré Oliveira
Assinatura do Condutor: Jocevaldo Muniz dos Santos

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (89) 3462-1251 / 9402-9315
e-mail: cartorioevangelino@gmail.com

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOCEVALDO MUNIZ DOS SANTOS. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE
Oeiras-PI. 27/12/2019. Empl.: 3,85 T00: 77 FIMP: 0,10 Selo: 0,2
Total: 4,98 Selo: ABU.43000 (F6DP7)

Elivane Mauriz de Sá e Silva
ELIVANE MAURIZ DE SÁ E SILVA-ESCREVENTE COMPROVADA

☐ Evangelina de Carvalho Sá e Freitas - Tabelão ☒ Elivane Mauriz de Sá e Silva - Grande Oliveira de Sousa ☐ Elisângela Mauriz de Sá Siqueira

COMARCA DE Oeiras
Ofício do Registro Civil e Anexos
Elivane Mauriz de Sá e Silva
Elisângela Mauriz de Sá Siqueira

Registro e Judiciais
RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABU.43000



4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (89) 3462-1251 / 9402-9315
e-mail: cartorioevangelina@gmail.com

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE OLIVEIRA, DOU FE.
EM TEST. DA VERDADE. OETRAS-PI, 27/12/2019. Emol.: 3,85
TJ: 0,77 FMPF: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 Selo: ABU.43007 (F40P16)

Evangelina Oliveira de Sousa
BIRLANDIA OLIVEIRA DE SOUSA ESCRIVENTE CONFRONTESSADA

☐ Evangelina de Carvalho Sá e Freitas - Tabelária ☒ Elizane Mauriz de Sá e Silva ☐ Elizangela Mauriz de Sá Siqueira

