



Número: **0819262-29.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **15/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado      |                 |
|------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------|-----------------|
| ADRIANO SILVA LIMA (AUTOR)                                 |                    | TIAGO LUIZ TEIXEIRA (ADVOGADO)     |                 |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                    |                 |
| Documentos                                                 |                    |                                    |                 |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                          | Tipo            |
| 10701952                                                   | 17/07/2020 09:50   | <a href="#">Despacho</a>           | Despacho        |
| 10628119                                                   | 06/07/2020 10:26   | <a href="#">Certidão</a>           | Certidão        |
| 10243325                                                   | 15/06/2020 07:46   | <a href="#">Certidão</a>           | Certidão        |
| 10052872                                                   | 02/06/2020 19:34   | <a href="#">Petição</a>            | Petição         |
| 10052874                                                   | 02/06/2020 19:34   | <a href="#">aDRIANO SILVA LIMA</a> | Petição         |
| 5876588                                                    | 13/04/2020 18:50   | <a href="#">Despacho</a>           | Despacho        |
| 5799291                                                    | 30/07/2019 09:03   | <a href="#">Certidão</a>           | Certidão        |
| 5795091                                                    | 29/07/2019 16:22   | <a href="#">Petição Inicial</a>    | Petição Inicial |
| 5795296                                                    | 29/07/2019 16:22   | <a href="#">DECLARAÇÃO</a>         | Documentos      |
| 5795299                                                    | 29/07/2019 16:22   | <a href="#">DOC</a>                | Documentos      |
| 5795301                                                    | 29/07/2019 16:22   | <a href="#">PETIÇÃO</a>            | Petição         |
| 5795304                                                    | 29/07/2019 16:22   | <a href="#">PROCURAÇÃO</a>         | Procuração      |



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ**

**3ª Vara Cível da Comarca de Teresina DA COMARCA DE TERESINA**

Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

**PROCESSO Nº: 0819262-29.2019.8.18.0140**

**CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]**

**AUTOR: ADRIANO SILVA LIMA**

**REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

### **DESPACHO**

Vistos.

Considerando a certidão retro, cite-se o réu e intime-se a parte autora para comparecerem à audiência de conciliação que designo para Quinta-feira, 15 de Outubro de 2020 às 11:10 na sala 1 do Centro Judiciário de Soluções de Conflitos e Cidadania - CEJUSC, situado no(a) Praça Des. Edgard Nogueira S/N, Centro Cívico, 64000-830, TERESINA-PI, Fórum Central Cível e Criminal – 5º Andar.

Advirto, com fulcro no artigo 334, §8º, do CPC, que o não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor do Estado.

As partes devem estar acompanhadas por seus advogados ou defensores públicos (art. 334, §9º, do CPC).

A parte poderá constituir representante, por meio de procuração específica, com poderes para negociar e transigir. (art. 334, §10º, do CPC).

**TERESINA-PI, 9 de julho de 2020.**

**Juiz de Direito da 3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ  
GABINETE DA 3ª Vara Cível da Comarca de Teresina DA COMARCA DE TERESINA  
Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

---

**PROCESSO Nº: 0819262-29.2019.8.18.0140**  
**CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**  
**ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]**  
**AUTOR: ADRIANO SILVA LIMA**

**REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

### **CERTIDÃO DE CONCLUSÃO**

Certifico que, nesta data, faço a conclusão do presente processo para despacho/decisão/sentença.

Certifico ainda que, Em razão da pandemia de COVID-19, e em observação à portaria 1.020/2020 do TJPI, DEIXO de intimar para audiência de conciliação devido à premente necessidade de prevenção da propagação da doença e em virtude da redistribuição do presente processo para esta secretaria em data extemporanea.

TERESINA-PI, 6 de julho de 2020.

**JOAO BATISTA DE MORAIS**  
**Secretaria da 3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

3º Cartório Cível da Comarca de Teresina DA COMARCA DE TERESINA

Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

---

PROCESSO Nº: 0819262-29.2019.8.18.0140

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: ADRIANO SILVA LIMA

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

### **CERTIDÃO**

CERTIFICO QUE, nesta data, efetuei a redistribuição do presente feito à Secretaria desta Vara, conforme previsto na Resolução 15/2009, Art. 2º, §1º bem como portaria 487/2009, Art. 3º, §§ 2º e 3º, ambos do Tribunal de Justiça do Estado do Piauí.

O referido é verdade e dou fé.

TERESINA-PI, 15 de junho de 2020.

**LEDA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS**

**Secretaria do 3º Cartório Cível da Comarca de Teresina**



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE TERESINA - PIAUÍ.**

**PROCESSO Nº:** 0819262-29.2019.8.18.0140

**ADRIANO SILVA LIMA**, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, que move em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** por seu procurador, *in fine*, mandato anexo, vem, com o devido respeito, à presença de Vossa Excelência, atendendo ao Despacho **id:** 5876588 **DIZER E REQUERER** o que segue:

O Autor é pessoa de pouco recurso e não possui internet em casa o que por si só já inviabilizaria a realização da Audiência. Assim, considerando que o Autor não dispõe dos meios eletrônicos necessários para a realização de Audiência por Videoconferência REQUER-SE a não realização da referida Audiência Virtual.

Termos em que,

Pede deferimento.

Teresina, 30 de maio de 2020

Luciano Onofre Fonseca de Santana  
OAB/PI 10.765



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ**

**1º Cartório Cível da Comarca de Teresina DA COMARCA DE TERESINA**

Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

**PROCESSO Nº: 0819262-29.2019.8.18.0140**

**CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]**

**AUTOR: ADRIANO SILVA LIMA**

**REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

### **DESPACHO**

Vistos,

Trata-se de ação de cobrança, em que pleiteia a parte autora ressarcimento em virtude de acidente envolvendo veículo automotor.

Passo a analisar o pleito.

Inicialmente, defiro à parte o benefício da gratuidade judiciária (art. 99, §3º, do CPC).

Cite-se o requerido e intime-se a parte autora para comparecerem à audiência de conciliação que designo para segunda-feira, 08 de junho de 2020 às 11:10 na sala 01 do Centro Judiciário de Soluções de Conflitos e Cidadania – CEJUSC, situado no(a) Praça Des. Edgard Nogueira S/N, Centro Cívico, 64000-830, TERESINA-PI, Fórum Central Cível e Criminal – 5º Andar.

Advirto, com fulcro no artigo 334, §8º, do CPC, que o não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor do Estado.

As partes devem estar acompanhadas por seus advogados ou defensores públicos (art. 334, §9º, do CPC).

A parte poderá constituir representante, por meio de procuração específica, com poderes para negociar e transigir. (art. 334, §10º, do CPC).

**TERESINA-PI**, 13 de abril de 2020.

**Juiz de Direito do 3º Cartório Cível da Comarca de Teresina**



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ**

**3º Cartório Cível da Comarca de Teresina**

Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

---

**PROCESSO Nº: 0819262-29.2019.8.18.0140**

**CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]**

**AUTOR: ADRIANO SILVA LIMA**

**RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

### **Certidão de Triagem**

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei a regularidade da representação e pedido de concessão e assistência judiciária gratuita do processo, motivo pelo qual faço sua conclusão para despacho inicial.

TERESINA-PI, 30 de julho de 2019.

**ROXELLY FERNANDA LUCENA GUIMARAES**  
**Secretaria do 3º Cartório Cível da Comarca de Teresina**



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

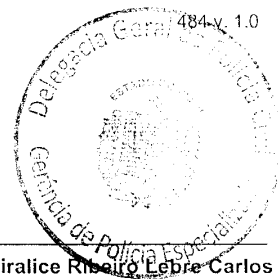
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Adenilson Silva Lima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |
| Brasileiro (a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |
| RG nº: 2335078150-550-DA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CPF/MF nº: 051.361.555-58 |
| Endereço: Rua São Jorge, Quad 24, LS 6, Parque Brasil,<br>Teresina - PI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
| <b>DECLARA</b> para os fins de obtenção de <b>ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA</b> que é reconhecidamente pobre no sentido legal, não tendo recursos que lhe permitam custear as despesas referentes a um processo judicial de                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
| , sem o prejuízo de seu próprio sustento, vez que recebe mensalmente a quantia de R\$: _____ (_____) e que está necessitando com urgência do fim de ver seu direito líquido e certo amparado pela Justiça, tudo nos termos da Lei 7.115/83, com a redação que lhe deu a Lei 7.510/86 e 1060/50, ofício circular 187/2013, art. 98, do CPC/15 e art. 5º, LXXIV, da CF/88, juntando para tanto os documentos probatórios necessários anexadas a esta presente declaração. |                           |

Teresina-PI, 13 de julho de 2013.

Adenilson Silva Lima  
(CPF 051.361.555-58)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001714/2019-11

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 08/05/2019 - 14:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

06/12/2018 - 14:45

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PARQUE BRASIL

Endereço

RUA SÃO JORGE, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ADRIANO SILVA LIMA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1335078150

Mãe: ZENAIDE OLIVEIRA DA SILVA

Endereço: RUA SÃO JORGE, QUADRA L4, CASA 6, Nº

Bairro: PARQUE BRASIL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8164-4214

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

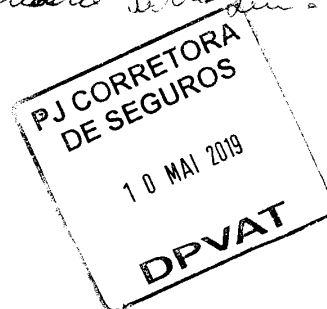
RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A , MOTO HONDA/CG 150 FAN, ANO 2014, PLACA OVX-9964, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADO FOI SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUR, PRONTUARIO 496207. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

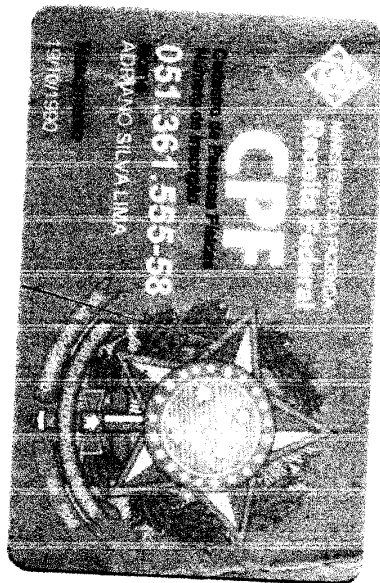
Marcos Henrique César De Araújo - Mat. 2272407  
AGENTE DE POLÍCIA

ADRIANO SILVA LIMA - Noticiante  
Responsável pela Informação

*Adriano Silva Lima*

Delegado de Polícia





PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
10 MAI 2019  
DPVAT

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1831807607

1831807607

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
E REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: ADRIANO SILVA LIMA

DOC. IDENTIDADE/CPF, EMPREGO: 1335078150 SSP DA

CPF: 051.361.535-58 DATA NASCIMENTO: 19/10/1990

NACIONALIDADE: JOÃO PREGUEIRA LIMA

TIPO: TITULO

RENOME: OLIVEIRA DA SILVA

PROFESSÃO: 00000000000000000000

SEXO: M

CITADO: AS

Nº REGISTRO: 06220743324

VÁLIDA: 25/03/2024

VALIDADEZ: 04/11/2014

LOCAL: TERESINA, PI

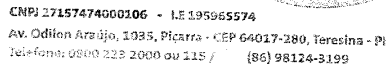
ASSINATURA: Adriano Silva Lima

DATA DE EMISSÃO: 26/03/2019

28787859052

PI320760234

PAULI



**MATRICULA** 25751832-0 **FATURA Nº** 150323036  
**MES / ANO** 1/2019

NOME / ENDEREÇO  
MORADOR ADRIANO SILVA LIMA

RUA SAO JORGE PQ BRASIL Q-L4-CASA-006-PARQUE  
BRASIL-TERESINA-PI-cep: 64012040

LOCALIZAÇÃO  
018-00022-005315

GRUPO  
018

NÚMERO DO HIDRÔMETRO  
A10F236371

| MES / ANO | Tipo  | UDD | FATURADO |
|-----------|-------|-----|----------|
| 1-2018    | Lido  | 12  | 12       |
| 2-2018    | Lido  | 19  | 19       |
| 09-2018   | Media | 00  | 00       |
| 08-2018   | Lido  | 10  | 10       |
| 07-2018   | Lido  | 10  | 10       |

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA  
1 Residencial - Normal

|          | DATA       | LEITURA |
|----------|------------|---------|
| ANTERIOR | 26/12/2018 | 587     |
| ATUAL    | 26/01/2019 | 587     |

CONSUMO MÊS M3 0

LEI 12.741/2012  
PIS. PASEP:  $82 \times 1,65\% = 0,81$   
COFINS:  $82 \times 7,62\% = 0,07$

| RESIDENCIAL |        | FAIXA DE CONSUMO (KWH) E (%) |    |
|-------------|--------|------------------------------|----|
| 10          | 25     | 5,2800                       | 21 |
| 25          | 999999 | 9,1500                       | 24 |

| DESCRIÇÃO                   | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA | REF. | VALOR |
|-----------------------------|----------------------------------|------|-------|
| VALOR REFERENTE AGUA - 0,00 |                                  |      |       |
| JUROS POR ATRASO            | 11/2018                          |      | 0,29  |
| MULTA POR ATRASO            | 11/2018                          |      | 0,73  |

**NÃO RESIDENCIAL**  
**FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)**

VENCIMENTO 07/22/2019

**TOTAL A PAGAR 1.02**

## IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

TOTAL

26



no

## PARÂMETROS

**Arselo**  
Agência Municipal de Regulação de Serviços Públicos de Teresina  
Telefone: (86) 3222 1703  
arselo@teresina.pi.gov.br / arsela.gma@gma.ter.br

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

10 MAI 2019

DPVAT

**AGUAS DE TERESINA**





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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADRIANO SILVA LIMA (Prontuário: 496207)**  
 Endereço: RUA SAO JOREGE QUADRA L4 CASA 06 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 19/10/1990 Idade: 28a3m22d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 228422  
 Requisição: 898827 Solicitação: 07/12/2018 Solicitante: GLAUSON TUQUARE MELO NASCIMENTO  
 Controle: 1115286 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ANEXO I EXTRA 006

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 07/12/2018

### CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura recente alinhada na extremidade lateral da clavícula fixada com fios metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

**CONCLUSÃO:** Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



*[Handwritten signature]*

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

10 MAI 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013227845813  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

|                    |              |                   |           |
|--------------------|--------------|-------------------|-----------|
| VIA                | COD. RENAVAM | R.N.T.R.C.        | EXERCÍCIO |
| 1                  | 01002268971  |                   | 2018      |
| NOME               |              |                   |           |
| ADRIANO SILVA LIMA |              |                   |           |
| *****              |              |                   |           |
| *****              |              |                   |           |
| CPF / CNPJ         |              |                   |           |
| 05136155558        |              | PLACA             |           |
|                    |              | OVX-9964          |           |
| PLACA ANT. / UF    |              | CHASSI            |           |
|                    |              | 9C2KC1680ER525452 |           |

|                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| ESPECIE TIPO          | COMBUSTIVEL       |
| PAS/MOTOCICLE/NENHUMA | ALCOOL/GAS        |
| MARCA / MODELO        | ANO FAB. ANO MOD. |
| HONDA/CG150 FAN ESDI  | 2014 2014         |
| CAP / POT / CIL       | CATEGORIA         |
| 02P/0149CC            | PARTICU           |
|                       | COR PREDOMINANTE  |
|                       | VERMELHA          |

|                |                      |             |
|----------------|----------------------|-------------|
| COTA ÚNICA     | VENC. COTA ÚNICA     | VENC. COTAS |
|                |                      | 1º IPVA     |
| FAIXA I.P.V.A. | PARCELAMENTO / COTAS | 2º          |
|                |                      | 3º PAGO     |

|                        |           |                    |                   |
|------------------------|-----------|--------------------|-------------------|
| PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) | IOF (R\$) | PRÊMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| SEGURO                 | PAGO      |                    |                   |

OBSERVAÇÕES

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON  
DA

|          |            |
|----------|------------|
| LOCAL    | DATA       |
| TERESINA | 03/05/2018 |

DR. MARTINS DO REGO LORRAO  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICUL  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013227845813 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

|           |              |
|-----------|--------------|
| EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO |
| 2018      | 03/05/2018   |
| VIA       | CPF / CNPJ   |
| 1         | 05136155558  |
|           | PLACA        |
|           | OVX-9964     |

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| RENAVAM           | MARCA / MODELO       |
| 01002268971       | HONDA/CG150 FAN ESDI |
| ANO FAB.          | ANO MOD.             |
| 2014              | 2014                 |
| CHASSI            |                      |
| 9C2KC1680ER525452 |                      |

|                  |        |        |
|------------------|--------|--------|
| PRÊMIO TARIFÁRIO |        |        |
| 000,00           | 000,00 | 000,00 |

|                        |           |                                      |
|------------------------|-----------|--------------------------------------|
| CUSTA DO BILHETE (R\$) | IOF (R\$) | TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) |
| 000,00                 | 000,00    | 185,50                               |

|            |                  |
|------------|------------------|
| PAGAMENTO  | DATA DE QUITAÇÃO |
| COTA ÚNICA | 23/04/2018       |

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                       |                                                                                                          |                                                                                               |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Dados do Chamado                                                                                   | 01 N° do chamado<br>774                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 02 Data do chamado<br>06/12/18                                                        | 03 PRO (código)<br>2904                                                                                  | 04 Saída do PA<br>15:39                                                                       | 05 Chegada ao local<br>15:40                                       |
|                                                                                                    | 06 Saída do local<br>15:50                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 07 Chegada ao 1° hospital<br>16:25                                                    | 08 Saída do 1° hospital                                                                                  | 09 Chegada ao 2° Hospital                                                                     |                                                                    |
| Local da Ocorrência                                                                                | 10 Endereço<br>Rua São Jorge QD3 C7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                                          |                                                                                               |                                                                    |
|                                                                                                    | 11 Bairro<br>Pg Brasil 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 12 Município-UF                                                                       | Código IBGE                                                                                              |                                                                                               |                                                                    |
| Dados do Paciente                                                                                  | 13 Ponto de referência<br>Prov. Mercadinho São Jorge                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                          |                                                                                               |                                                                    |
|                                                                                                    | 14 Nome<br>Adriano Silva Lima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 15 Sexo<br>1 Masculino<br>2 Feminino<br>9- Ignorado                                   | 16 Idade<br>28 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado                                                             |                                                                                               |                                                                    |
| Tipo de Ocorrência                                                                                 | 17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica?<br>1- Sim 2- Não 9- Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                       |                                                                                                          |                                                                                               |                                                                    |
|                                                                                                    | 18 Tipo de ocorrência<br>01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros<br>02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido<br>03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado<br>04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência<br>05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares |                                                                                       |                                                                                                          |                                                                                               |                                                                    |
| Acidente de Transporte                                                                             | 19 Vítima<br>1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 20 Meio de locomoção<br>1 - A pé<br>2 - Automóvel<br>3 - Motocicleta<br>4 - Bicicleta | 21 Outra parte envolvida<br>1 - Automóvel<br>2 - Motocicleta<br>3 - Ônibus/Micro-ônibus<br>4 - Bicicleta | 22 Equipamentos de segurança<br>Capacete Airbag<br>Cinto de segurança<br>Assento para criança |                                                                    |
|                                                                                                    | 23 Glasgow = 15<br>ABERTURA OCULAR<br>4 - Espontânea<br>3 - À voz<br>2 - À dor<br>1 - Nenhuma<br>RESPOSTA VERBAL<br>5 - Orientada<br>4 - Confusa<br>3 - Palavras inapropriadas<br>2 - Palavras incompreensíveis<br>1 - Nenhuma<br>RESPOSTA MOTORA<br>6 - Obedece a comandos<br>5 - Localiza dor<br>4 - Movimento de retirada<br>3 - Flexão anormal<br>2 - Extensão anormal<br>1 - Nenhum                                                   |                                                                                       |                                                                                                          |                                                                                               | 24 Sinais Vitais<br>Pulso 89<br>Resp. PA 12 x 50<br>TAX. SatO2 98% |
| Exame Físico                                                                                       | 25 Local da lesão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 26 Pupilas<br>1 - Iguais 2 - Desiguais                                                |                                                                                                          |                                                                                               |                                                                    |
|                                                                                                    | 27 Pulso Radial Central<br>1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 28 Sangramento<br>1 - Sim 2 - Não                                                     |                                                                                                          |                                                                                               |                                                                    |
| Assistência                                                                                        | 29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10<br>0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Exposta 4 - Fechada 5 - Suspeita                       |                                                                                                          |                                                                                               |                                                                    |
|                                                                                                    | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)<br>Aspiração Prancha longa/curta Imobilização de extremidades<br>Oxigênio Colar cervical Reanimação cardiopulmonar<br>Curativos Kred Assistência obstétrica                                                                                                                                                                                                                                  | 32 Hospital de Destino HUT                                                            |                                                                                                          |                                                                                               |                                                                    |
| Hospital de Destino                                                                                | 33 Condições de entrada<br>1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 34 Óbito<br>1-Sim 2-Não<br>Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte  |                                                                                                          |                                                                                               |                                                                    |
|                                                                                                    | Observações Interdisciplinar<br>Mas - 28 anos acidente de atq com moto, caindo no lado esquerdo. A remoção do local por populares. Se apresentava sintomas em uma coxa, o mesmo apresenta luxação de ombro e com provável fratura na base da clavícula e pequenas escoriações na perna D. Ao exame sem sinais de outros traumas ou fraturas.                                                                                               |                                                                                       |                                                                                                          |                                                                                               |                                                                    |
| SEM ACOPIAMENTO<br>Responsável pela recepção Médico AE/TE Clara S554P Enfermeiro Conductor Jussely |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                       |                                                                                                          |                                                                                               |                                                                    |



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Adilson Silva Lima

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 496207

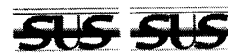


SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto L. to 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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



Imp: 06/12/2018 16:33:29

(User: REGISLANE)

(Estação: RECEPCAO02)

**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

|                                                                                                      |                        |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Nome:</b> ADRIANO SILVA LIMA                                                                      |                        | <b>Prontuário:</b> 496207                         |
| <b>Mãe:</b> ZENAIDE OLIVEIRA DA SILVA                                                                |                        | <b>Pai:</b> JOAO FERREIRA LIMA FILHO              |
| <b>End.Resid.:</b> RUA SAO JOREGE QUADRA L4 CASA 06 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                        |                                                   |
| <b>Nascimento:</b> 19/10/1990                                                                        | <b>Idade:</b> 28a1m18d | <b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-98856-9248 |
| <b>Responsável:</b> LEIDE LAURA                                                                      |                        | <b>CNS:</b> 700306916255740                       |
| <b>Profissão:</b> BALCONISTA                                                                         |                        | <b>CPF:</b> 051.361.555-58 * RG: -                |
| <b>G. Instrução:</b> Médio Incompleto                                                                |                        | <b>E.Civil:</b> Casado(a)                         |
| <b>End.Local.:</b> - - -                                                                             |                        |                                                   |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                                                              |                                  |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Código:</b> 696948                                                        | <b>Data:</b> 06/12/2018 16:29:35 | <b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU |
| <b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |                                  | <b>Convênio:</b> S U S              |
| <b>Cid.Trab.:</b> Sim                                                        | <b>Trajetos?:</b> Sim            | <b>Típico:</b> Não                  |
|                                                                              |                                  | <b>CID Secundário:</b> V299         |

**DADOS CLÍNICOS:**

- Paciente vítima de acidente motociclístico há 3 horas, vítima de capota, nega náusea, vômito, vômito (estômago), Adm. oxigênio, sem fraturas, sem lesões cervicais. Mx + bilat. lumb. em mobil. voluntária, Rt 99%. Cxk, Jt, Hxk, um copo, abdome: inocente; pulso estável. Dchsgau 15, pupila esquerda e dilatada. E) Escar em peito.

|                             |               |               |              |
|-----------------------------|---------------|---------------|--------------|
| PA _____ X _____ mmHg       | Pulso: 74 bpm | FC: _____ bpm | Temp.: _____ |
| <b>Diagnóstico Inicial:</b> |               |               | <b>CID:</b>  |

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

- Examinando p/ ortoped.
- Rx X de ombro E, e de braço E

|                                                                               |                                                               |                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>ALTA:</b><br>( ) Melhorado<br>( ) Curado<br>( ) Inalterado<br>( ) A Pedido | ( ) Administrativa<br>( ) Por Indisciplina<br>( ) Por Evasão  | ( ) Retorno a Unidade<br>( ) Transferência |
|                                                                               | <b>DATA SAÍDA:</b> / /                                        |                                            |
| <b>ÓBITO:</b><br>( ) Até 24 Hs<br>( ) De 24 a 48 Hs<br>( ) Após 48 Hs         | <b>DESTINO:</b><br>( ) Família<br>( ) IML<br>( ) Anat. Patol. | ( ) Internação na Unidade                  |
|                                                                               | <b>Proced. Solicitado:</b>                                    |                                            |
| <b>CID Compatível:</b>                                                        |                                                               | <b>Prof. Solicitante Internação:</b>       |

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Jamerson M. de L. Junior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI: 3870 / TEOT - 11094



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

228422

156879

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação:<br><b>228422</b> |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> |                                           |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                                                    |                                 |                          |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 5-Nome: <b>ADRIANO SILVA LIMA</b>                                                  | 6 - Prontuário: <b>496207</b>   |                          |                            |
| 7-CNS: <b>700306916255740</b>                                                      | 8-Nascimento: <b>19/10/1990</b> | 9-Sexo: <b>Masculino</b> | CPF: <b>051.361.555-58</b> |
| 11-Mãe: <b>ZENAIDE OLIVEIRA DA SILVA</b>                                           | 12-Fone: <b>86-98856-9248</b>   |                          |                            |
| 13-Resp: <b>LEIDE LAURA</b>                                                        | 14-Cor: <b>Parda</b>            |                          |                            |
| 15-Ender: <b>RUA SAO JOERGE QUADRA L4 CASA 06 - PARQUE BRASIL - CEP: 64000-010</b> | 17-Cod.IBGE: <b>221100</b>      | 18-UF: <b>PI</b>         | 19-CEP: <b>64000-010</b>   |
| 16-Munic: <b>TERESINA</b>                                                          |                                 |                          |                            |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                    |                          |                      |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------|
| 20 - Principais sinais e sintomas clínicos:<br><b>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DE CLAVICULA</b> |                          |                      |                        |
| 21 - Condições que justificam a internação:<br><b>TRATAMENTO CIRURGICO</b>                                         |                          |                      |                        |
| 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):<br><b>RX+ EXAME FISICO</b>     |                          |                      |                        |
| 23-Diagnóstico Inicial:<br><b>Fratura da clavícula</b>                                                             | 24-CID Prin: <b>S420</b> | 25-CID Sec.: <b></b> | 26-CID C.Ass.: <b></b> |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                              |                                                                                    |                              |                                            |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|
| 28-Cod.Proced.: <b>0408010150</b>                                            | 27-Procedimento Solicitado:<br><b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA</b> | Tempo SUS: <b>2</b>          |                                            |
| 29-Clinica: <b>02</b>                                                        | 30-Caráter: <b>01</b>                                                              | 31-Docum.: <b>CPF</b>        | 32-Doc. Méd. Solic.: <b>643.572.953-00</b> |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:<br><b>ENIO PEREIRA CARVALHO</b> | 34-Data Solicitação:<br><b>06/12/2018</b>                                          | 35-Ass.Carimbo-Med.Sol.(CRM) |                                            |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

|                                        |                      |                                  |                    |                                                                                                     |
|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização: | 48-Documento:<br>( ) CNS ( ) CPF | 49-Num. Documento: | 50-Assinatura (Rg.Conselho)                                                                         |
|                                        |                      |                                  |                    | 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:<br><b>Thaieleane Rocha Lima</b>                            |
|                                        |                      |                                  |                    | Usuário: (MARIA SILVA)<br>Consulta Local: 696948<br>Consulta SUS:<br>Impressão: 06/12/2018 18:26:01 |

|                                                                    |                                        |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> | Nº LAUDO: 156879<br>AIH: 2218101147724 |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

|                                                                                                    |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | <b>CNES</b><br>5828856 |
| <b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  | <b>CNES</b><br>5828856 |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                                      |                                                     |                                                    |                                   |                              |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <b>CARTÃO SUS</b><br>700306916255740 | <b>NOME DO PACIENTE</b><br>ADRIANO SILVA LIMA       | <b>NASCIMENTO</b><br>19/10/1990                    | <b>SEXO</b><br>M                  | <b>PRONTUÁRIO</b><br>496207  |
| <b>DOCUMENTO</b><br>CPF              | <b>TELEFONE</b><br>8699495436                       | <b>NOME DA MÃE</b><br>ZENAIDE DE OLIVEIRA DA SILVA | <b>RESPONSÁVEL</b><br>LEIDE LAURA |                              |
| <b>CEP</b>                           | <b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b><br>RUA DUQUE DE CAXIAS |                                                    |                                   | <b>NUMERO / LOTE</b><br>3752 |
| <b>BAIRRO</b><br>PARQUE BRASIL III   | <b>COMPLEMENTO</b>                                  | <b>MUNICÍPIO</b><br>TERESINA                       | <b>UF</b><br>PI                   |                              |

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

|                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS</b><br>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE D EMOTO COM FRATURA DE CLAVICULA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|
| <b>CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b><br>TRATAMENTO CIRURGICO |
|----------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)</b><br>RX+ EXAME FISICO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                   |
|-----------------------------------|
| <b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b> |
|-----------------------------------|

|                                                                              |                          |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>S420 - FRATURA DA CLAVICULA | <b>CID 10 SECUNDARIO</b> | <b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

|                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b><br>0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                |                                                                                                                               |                                 |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>LEITO/CLÍNICA</b><br>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA | <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br><br>ENIO PEREIRA CARVALHO<br>CPF: 64357295300<br>CRM: |                                 |
| <b>CARÁTER</b><br>URGÊNCIA                     | <b>DATA SOLICITAÇÃO</b><br>06/12/2018                                                                                         |                                 |
| <b>DATA ADMISSÃO</b><br>06/12/2018 16:29       | <b>DATA ALTA</b><br>08/12/2018 09:00                                                                                          | <b>MOTIVO ALTA</b><br>MELHORADO |

**CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)**

|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                          |
|----------------------|------------------------|----------------------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|--------------------------|
| <b>TIPO ACIDENTE</b> | <b>CNPJ SEGURADORA</b> | <b>Nº DO BILHETE</b> | <b>SÉRIE</b> | <b>CNPJ DA EMPRESA</b> | <b>CNAE EMPRESA</b> | <b>CBOR</b> | <b>NATUREZA DA LESÃO</b> |
|----------------------|------------------------|----------------------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|--------------------------|

**AUTORIZAÇÃO**

|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                             |                                                                                                                                                                  |
| <b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br><br>CELSON PIREZ FERREIRA FILHO<br>CPF: 76356353791<br>CRM: | <b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b><br><br>DATA ANALISE: 06/12/2018 18:53:11<br>CPF: 64357295300<br>CRM: 10315<br>DATA ANALISE: |

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| <b>ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:</b> |
|-----------------------------------------------|



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



Fundação Municipal de Saúde

SUS



Sistema Único de Saúde

## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

|  |                         |  |                                   |
|--|-------------------------|--|-----------------------------------|
|  | Mudança de Procedimento |  | Órtese e prótese - OPME           |
|  | Diária de UTI           |  | Fatores de Coagulação             |
|  | Diárias de Acompanhante |  | Gasoterapia                       |
|  | Hemoderivados           |  | Nutrição Parenteral / Enteral     |
|  | Diária / Hemodiálise    |  | Procedimento fora da faixa etária |
|  | Albumina Humana 20%     |  |                                   |

HOSPITAL: HUT CNPJ: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: Adriano Silva Lima Nº AIH: \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Glauson CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

Paciente com  
fratura de clavícula  
necessite fixação com  
fios de Kirschner

Dr. Glauson Nascimento  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2775 / TEOT 10604

DATA: 07.12.18

Assinatura do Médico Solicitante

### AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07 / 12 / 18

|                                      |                       |
|--------------------------------------|-----------------------|
| NOME DO PACIENTE: Adriano Silva Lima | PRONTUÁRIO Nº: 496207 |
| DIAGNÓSTICO:                         | CIRURGIA:             |
| ANESTESIA: Oral + B.P.B              | Nº DA SALA: 06        |
| CIRURGIÃO: Dr. Glaucio               | CPF Nº:               |
| AUXILIAR: Raul                       | CPF Nº:               |
| ANESTESIA: Dr. Ilana                 | CPF Nº:               |
| INSTRUMENTADORA: Zekene              | CPF Nº:               |

**MATERIAL DE CONSUMO**

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO              | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|----------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 03     |       | LÂMINA DE BISTURI nº24     | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | —      |       | LUVA Nº 7.5                | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | .      |       | LUVA Nº 8.0                | PAR    | 02     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | .      |       | LUVA DE PROCEDIMENTO       | PAR    | 10     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 150    |       | PVPI DE GERMANTE           | ML     | 300    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | 03     |       | PVPI TÓPICO                | ML     | 120    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | .      |       | PVPI TINTURA               | ML     | .      |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 04     |       | SERINGA 20CC               | UNID.  | 01     |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID. | .      |       | SERINGA 10CC               | UNID.  | 01     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 20     |       | SERINGA 5CC                | UNID.  | 02     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. | .      |       | SERINGA 3CC                | UNID.  | .      |       |
| FORMOL                  | ML    | .      |       | SORO FISIOLÓGICO           | FRASCO | 02     |       |
| GASES                   | PAC.  | 05     |       | SONDA URETRAL nº16         | UNID.  | 01     |       |
| JELCO Nº                | UNID. | .      |       | luva nº8.5                 | 02     |        |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA OXOIAS          | 03     |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       | Eletrodos OS               |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       | Cupom 02                   |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                            |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                            |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                            |        |        |       |
| MONONYLON 2.0           | 11    |        |       |                            |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA: C.C.           |        |        |       |
| VICRYL 0                | 1     |        |       | CIRCULANTE: Dayana Katiene |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                            |        |        |       |

MOD - 094



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente Adriano Silva Lima  
Diagnóstico pré-operatório Fratura de clavícula Esp  
Operação - Tipo Osteossíntese de clavícula  
Cirurgião Dr. Glauson Nascimento 1º Assistente  
2º Assistente Ortopedia / Traumatologia 3º Assistente  
Instrumentador(a) Selene Anestésista Dr. Glana Anestesia Oral + E.P.B  
Anestésico(a)

Data da Operação Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O mesmo

Relatório Imediato do Patologista

Não

Acidente Durante a Operação

Não

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

- ① Paciente sob campos estéreis
- ② Incisões em ombro Esp
- ③ Dieta
- ④ RAFI fratura de clavícula  
com placa e parafusos
- ⑤ Sutura + anestesia

plata  
imagem so  
evidencia  
fuok 2x

Revis  
Paciente

Dr. Glauson Nascimento  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 27711 / 10604

Mod. 76 HUT



## FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Adriano Silva Lima

Sala:

Alergia: NegData: 7.12.18.Procedimento: Tto de fratura de clavículaCirurgião: Glauco

Observações:

| Agentes                      | Unid | 15  | 30  | 45  | 15  | 30  | 45  | 15  | 30  | 45  | 15  | 30  | 45  |
|------------------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 Xiloca 2%                  | 01   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 2 Ropivacaína                | 01   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 3 Clonitina 1p               | 02   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 4 Diclofenaco 10mg           | 01   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 5 Dipirone 1p                | 02   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 6 Bromopride 10mg            | 01   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 7 Ranitidina 50mg            | 01   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 8 Fentanil 0,5mg             | 01   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 9 Propofol 10mg              | 01   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 10 Atrover 25mg              | 02   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 11 AD                        | 03   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 12 Eptiv                     | 01   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 13                           |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Oxigênio 2L/min              |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AR/N2O                       |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Volatil <u>Suo</u>           | 1 %  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Acesso Vascular</b>       |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ● Periférico                 |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ○ Cat. Venoso nº <u>  </u> G |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ○ Dificuldade aces. venoso   |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Gastos <u>  </u> cateteres   |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ○ Central                    |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Via Aérea</b>             |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ○ Cateter nasal              |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ○ IOT nº <u>7,5 c/wjt</u>    |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ○ LMA nº <u>  </u>           |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Monitorização:</b>        |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ● Cardioscopia               |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ● PANI                       |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ● Oxímetro de pulso          |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ● ETCO2                      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ○ Outros                     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Anestesia:</b>            |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ○ Geral Venosa               |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ● Geral Balanceada           |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ○ Raqui-anestesia            |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ○ Peridural                  |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ● Bloqueio Periférico        |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ○ Outros                     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Decúbito:</b>             |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| SPO2 (%)                     |      | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ETCO2 (mmHg)                 |      | 40  | 40  | 39  | 40  | 38  |     |     |     |     |     |     |     |
| Aces. Venoso                 |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Aces. Venoso                 |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Diurese                      |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Perdas Sanguíneas            |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Descrição da Anestesia: Bloqueio intercostal 2 (2x 1,5% - 15ml + ropi - 5ml) + 2. Geral balanceada 1p - suplementação a 10% + medicação usual + IOT c/wjt 7,5 c/wjt sob LD + monitorização com Jc + ar + suo.

Ilana Vidal Neiva  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM-PI 4491

Num. 5795299 - Pág. 16

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  |                           |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|---------------------|
| NOME DO PACIENTE<br><b>Adriano Filho Lima</b>                                                                                                                                                                                                                   | PRONTUÁRIO<br><b>496207</b> | D. NASCIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                        | CLÍNICA<br><b>Ortop.</b>         | ENE ou APT.<br><b>232</b> | LEITO<br><b>233</b> |
| DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES                                                                                                                                                                                                                                | ALERGIAS                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE |                           |                     |
| <p>DATA: / / HORA: :</p> <p>Visto Nutricional<br/>Ediana Nogueira CRM 13576</p>                                                                                                                                                                                 |                             | OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                  |                           |                     |
| <p><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b></p> <p><b>1</b> Dilete line</p> <p><b>2</b> 5F3,5% 1000ml EV prur</p> <p><b>3</b> Keflin 1g EV 6/6h</p> <p><b>4</b> Tiotil 1 amp EV 12/12h</p> <p><b>5</b> Romifidine 2cc AD EV 12/12h</p> <p><b>6</b> Vixiprona 2cc AD EV 6/6h</p> |                             | <p><b>HORÁRIO</b></p> <p><b>11:40</b> - Paciente admitido<br/>avista clínica, maculosa<br/>da SRPA no PDL na sua-<br/>tura planície e. Cons-<br/>ente, amarelo, parie-<br/>Nega abriga mudiá un-<br/>fosa e comorbidades.</p> <p><b>12:30</b> SSW P-<br/>PA: 12x66 mmHg<br/>Cabo</p> |                                  |                           |                     |
| <p>Dr. Glorison Nascimento<br/>Ortopedia / Traumatologia<br/>CRM-PI 2777 / REG 10304</p>                                                                                                                                                                        |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  |                           |                     |

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

psISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

|                     |                            |                   |                                                                 |           |                   |
|---------------------|----------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|-------------------|
| NOME                | <u>Adriano Silva Leão</u>  | IDADE             | anos                                                            | DATA      | <u>07/12/2018</u> |
| HORÁRIO DE ADMISSÃO | <u>10</u> hs <u>00</u> min | TIPO DE ANESTESIA | <u>X</u> GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO |           |                   |
| CIRURGIA REALIZADA  |                            |                   |                                                                 | CIRURGIÃO |                   |

| SINAIS VITAIS                   | HORÁRIO       |               |
|---------------------------------|---------------|---------------|
|                                 | ADMISSÃO      | SAÍDA         |
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)         | <u>131x83</u> | <u>135x85</u> |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)       | <u>74</u>     | <u>88</u>     |
| SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%) | <u>100%</u>   | <u>99%</u>    |
| TEMPERATURA AXILAR (O° C)       |               |               |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)   |               |               |
| NOME/ MATRÍCULA                 | <u>Milene</u> | <u>Milene</u> |

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

|                        |  |       |                                                      |
|------------------------|--|-------|------------------------------------------------------|
| ESCALA DE DOR ADMISSÃO |  | TOTAL | <u>08</u>                                            |
| ESCALA DE DOR ALTA     |  | ASS.  | <u>Me. Andréia Coutinho</u><br>COREN-PI 200517 - ENF |

|                   |                     |                    |         |                |                          |
|-------------------|---------------------|--------------------|---------|----------------|--------------------------|
| ( ) Sonda Vesical | ( ) Dreno de Sucção | ( ) Dreno Torácico | ( ) DVE | ( ) Colostomia | Sonda ( ) Nasog( ) Nasoe |
| hs                | mL                  | hs                 | mL      | hs             | mL                       |
| hs                | mL                  | hs                 | mL      | hs             | mL                       |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:  
10:00 Admitido no SRPA em PO# de 10h cirurgia para fratura de úmero (E) submetido a gesso + bloco. Consciente, sonolento, eupneico, respirando a vontade.

11:00 volta da SRPA.

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| PREScrição Médica | ALTA SRPA |
|                   | HORÁRIO   |

|                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]                                                                 |
| POSTO: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD |

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 22130 - Em: (06/12/2018)

|             |                                                  |                    |            |                           |             |         |                                    |
|-------------|--------------------------------------------------|--------------------|------------|---------------------------|-------------|---------|------------------------------------|
| Internação: | Prontuário:                                      | Paciente:          | Dt. Nasc.: | CliniCa:                  | Enfermaria: | Leito:  | Médico Assistente:                 |
| 228422      | 496207                                           | ADRIANO SILVA LIMA | 19/10/1990 | POSTO 1                   | ANEXO 203   | 104     | LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA |
| Evolução:   |                                                  | Alergias:          |            | Diagnóstico/Comorbidades: |             |         |                                    |
| Hora:       |                                                  |                    |            | FRATURA DE CLAVICULA      |             |         |                                    |
| Seq.:       | Descrição-Apresentação                           | Dose:              | Unid.:     | Via:                      | Int.:       | Recons: | Dil. Vol.:                         |
|             | ORAL Tipo LIVRE, Nutricionista                   |                    |            |                           |             |         |                                    |
|             | CRN: 21642(P)                                    |                    |            |                           |             |         |                                    |
| 1           | GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO"        | 1,00               | Frasco     | EV                        | 6/6h        |         |                                    |
| 2           | DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. SOS          | 1,00               | Ampola     | EV                        | 6/6h        |         |                                    |
| 3           | TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.                | 1,00               | Ampola     | EV                        | 12/12h      |         |                                    |
| 4           | TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL EM 100ml SFO 9% SOS | 1,00               | Ampola     | EV                        | 8/8h        |         | SF 0,9%                            |
| 5           | RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.                  | 1,00               | Ampola     | EV                        | 12/12h      |         |                                    |

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

19:30 h - Paciente evolui -  
tido no Posto 2 - 19:30 h  
Dr. Claudio Nascimento  
Enfermeiro - 98988  
CORREN - 98988

07-12

08:00 - 66 19: EVAPRO.  
ROTACIONADO. RASO HATO  
POTOLAVOS, ERCP HATO  
AS CC. 7

cinque hoje

Dr. Glaucia Nascimento  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2775 / TECT 10504

Lauro Tse Frontiers  
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA  
CRM-PI 2775 / TECT 10504



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADRIANO SILVA LIMA (Prontuário: 496207)**  
Endereço: RUA SAO JOREGE QUADRA L4 CASA 06 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 19/10/1990 Idade: 28a3m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 696948  
Requisição: 898606 Solicitação: 06/12/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1114959 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 06/12/2018

### OMBRO ESQUERDO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente desalinhada na extremidade lateral da clavícula.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 21/01/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





Estado do Piauí  
**Prefeitura de Teresina**  
Fundação Municipal de Saúde



Carimbo da Unidade de Saúde

## RECEITUÁRIO

USO EXCLUSIVO NA  
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série  
Série D - N°  
1498

05.522.917/0036-08  
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE "LINEU ARAÚJO"  
Rua Magalhães Filho, nº 152/Centro  
CEP: 64001-350 - Teresina-PI

Nome do paciente

Filipe de Jesus

Número do Prontuário

Endereço

Bairro

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Receita para o paciente

Dr. Leandro Ponce Leal - 7.12.18

Receita para o paciente

Receita para o paciente

Receita para o paciente

Dr. Leandro Ponce Leal  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 2608

Data

10/05/2019

Carimbo e assinatura do(a) profissional



# *Escritório de Advocacia*

---

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA - PIAUÍ.**

**ADRIANO SILVA LIMA**, brasileiro, **Identidade (RG) nº 1.335.078.150 SSP-BA e, CPF. nº 051.361.555-58,** residente e domiciliado na rua São Jorge, Qd L4, C 6, Parque Brasil, cidade de Teresina, Estado do Piauí, por seus procuradores, *in fine*, mandato anexo, onde recebem as comunicações de estilo, vem, com o devido respeito, à presença de Vossa Excelência, , propor apresente:

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| <p><b>AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT</b></p> |
|--------------------------------------------------------------|

em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOSDPVAT S/A**, pessoa jurídica de pessoa privada, localizada na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, CEP nº 20031-201, pelos fatos e fundamentos jurídicos a seguir aduzidos:

# *Escritório de Advocacia*

---

Por oportuno, os advogados subscritores desta declaram, sob sua responsabilidade pessoal, a autenticidade das cópias de documentos acostados a estainicial.

## **I –PRELIMINARMENTE**

### **DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA**

Inicialmente **o Autor** declara, sob as penas da Lei, que não está em condições de arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, e pleiteia os benefícios da Justiça Gratuita, assegurada pelo art. 4º da Lei 1.060/50.

Reza o “Art. 4º. A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família.”

## **II - DAS RAZÕESFÁTICAS**

O Requerente foi vítima de acidente automobilístico no dia **06/12/2018, às 14:45h**, conforme boletim de ocorrência e demais documentos juntados nos autos.

Da ocorrência, **o** Requerente veio a sofrer diversas **lesões corporais de natureza grave**, que podem ser percebidos os problemas, por meio de relatórios e prontuários médicos, conforme documentação acostada à exordial.

Verifica-se que **oRequerente encontra-se incapacitado para as ocupações habituais, não havendo**

---

# *Escritório de Advocacia*

---

**nenhuma possibilidade de recuperação significativa ou de cura, conforme os documentos encartados nessa inicial,** os quais são suficientes para a comprovação dos danos sofridos pelamesma.

Dessa forma, os danos são inegáveis, em virtude do aludido acidente, teve sérios danos causados à sua integridade física.

Como é notório, o Seguro Obrigatório tem por finalidade dá proteção financeira às vítimas de acidente de trânsito, seja condutor, passageiro ou pedestre, compreendendo indenização por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar.

Dessa forma, após um período de recuperação dos traumas e do abalo psicológico que fora acometida, **o Autor** de posse dos prontuários, exames e laudos médicos, aptos a declarar a sua INCAPACIDADE PERMANENTE solicitou junto à empresa requerida o pagamento do sinistro do seguro DPVAT - por INVALIDEZ, visto os danos sofridos, ficando impossibilitado do exercício da profissão por força do acidente ocorrido.

No ato do requerimento do pagamento do sinistro do seguro a empresa Seguradora requereu documentações que comprovassem os fatos, como boletim de ocorrência, dentre outros documentos comprobatórios dos fatos e das lesões sofridas, tudo apresentado **pelo** Requerente à Seguradora nos termos da Relação de Documentos para Sinistro DPVAT.

Ocorre que, para surpresa **do Autor**, e **apesar de toda a documentação apresentada e de ter sofrido graves**

---

# *Escritório de Advocacia*

---

**danos físicos**, entre outras agruras que vem sofrendo desde então, **não obteve valor de indenização pelo seguro DPVAT.**

## **III - DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA**

### **DO INTERESSE DE AGIR**

A Constituição Federal assegura, em seu art. 5º que “A lei não excluirá da apreciação do poder judiciário lesão ou ameaça a direito”. Desta forma o Requerente não precisa se submeter às vaidades administrativas das seguradoras do Convênio DPVAT para ver atendido o seu direito previsto em lei.

No entanto, suscitar a falta de interesse de agir caracteriza total desentendimento com a CF/88. Nesse sentido, vejamos a jurisprudência:

**APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - FALTA DE INTERESSE DE AGIR AFASTADA - DESNECESSIDADE DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO - RECURSO PROVIDO - SENTENÇA CASSADA.** Frente à atual orientação do STJ, adiro ao entendimento da desnecessidade da comprovação da prévia recusa administrativa, a fim de que a parte se valha do judiciário para receber a indenização securitária decorrente do seguro DPVAT. Recurso provido; sentença cassada.

# *Escritório de Advocacia*

---

(TJ-MG - AC: 10024110177359002 MG, Relator: Eduardo Mariné da Cunha, Data de Julgamento: 30/01/2014, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 11/02/2014)

**E M E N T A - APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - FALTA DE INTERESSE DE AGIR - EXAURIMENTO DA VIA ADMINISTRATIVA - DESNECESSIDADE - NULIDADE DAS ENTENÇAS-RECURSOS PROVIDOS.** Em se tratando de pagamento do seguro obrigatório DPVAT, não é necessário o esgotamento da esfera administrativa para o recebimento da indenização, tendo a parte interessada a faculdade de ajuizar a demanda diretamente perante o Poder Judiciário.

(TJ-MS - APL: 08014965520138120005 MS 0801496-55.2013.8.12.0005, Relator: Des. Eduardo Machado Rocha, Data de Julgamento: 15/04/2014, 3ª Câmara Cível, Data de Publicação: 22/04/2014).

Importante mencionar que as seguradoras conveniadas com o Seguro DPVAT, dificultam o pagamento via administrativa solicitando vasta documentação e prorrogam o máximo o valor da indenização devida, e quando pagam, não cumprem a legislação vigente. Assim, não está **obrigado** o Requerente a receber valor inferior ao previsto em lei, ficando assim explícito o INTERESSE DE AGIR.

# *Escritório de Advocacia*

---

## **IV - DO NEXO DECAUSALIDADE**

Cumprе salientar que a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, foi criada com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT.

É incontestável a ocorrência do acidente de trânsito, uma vez que o Autor juntou aos autos os documentos que o comprovam (boletim de ocorrência, prontuários e laudo médicos) o que estabelecerá o nexo de causalidade.

Assim, no que concerne a **invalidez permanente**, restou devidamente comprovada pelo **laudo médico, no qual restaram atestados os danos sofridos pelo Requerente, entre eles fratura da clavícula**. Portanto em virtude de tais lesões o Autor não consegue mais realizar atividades habituais, cotidianas. Portanto, a conclusão médica foi pela existência de sequela funcional definitiva.

Dessa forma, ainda que, estando demonstrada a debilidade permanente, impõe-se a procedência da ação. Ademais a Lei nº 6.194/74 não traz nenhuma ressalva para que a invalidez decorrente da debilidade seja, de forma necessária, para o trabalho. Como no caso em tela, havendo a invalidez decorrente da debilidade permanente do membro, embora seja para algumas ocupações habituais, já está configurado o requisito necessário para autorizar o pagamento da indenização. Neste sentido vejamos:

**AÇÃO DE COMPLEMENTAÇÃO DO SEGURO DPVAT - INVALIDEZ FUNCIONAL - COMPROVAÇÃO - PAGAMENTO NA INTEGRALIDADE - SENTENÇA MANTIDA.** Não obstante a Súmula 474 do STJ, tratando-se de debilidade de caráter permanente de membro, apta a provocar incapacidade para o trabalho, cabível o pagamento integral do valor da perda, constateda

---

# *Escritório de Advocacia*

---

tabela anexa à lei Nº 11.945/2009 a título de seguro DPVAT.

(TJ-MG - AC: 10313120224503001 MG, Relator: Wanderley Paiva, Data de Julgamento: 26/08/2015, Câmaras Cíveis / 11ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 01/09/2015)

## **V - DA PREVISÃO LEGAL**

Em conformidade com o art 3º da Lei 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT, compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas assistência médicas e suplementar. Vejamos:

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, **por invalidez permanente**, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos). G.N.

a) (revogada); (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

b) (revogada); (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

c) (revogada); (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

---

# *Escritório de Advocacia*

---

**II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007).G.N.**

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.(Incluído pela Lei nº 11.482, de2007)

Ora, Excelência, restados comprovadas as lesões sofridas e as alegações aqui prestadas, por meio das contundentes provas apresentadas, e sendo verossímeis os fatos presentes nesta exordial, cabe a este Juízo a determinação do pagamento do valor remanescente do sinistro, referente ao Seguro DPVAT, visto que devido em seu patamar maior e não pago na integralidade pela empresa seguradora requerida por ser expressão de justiça.

Entretanto, o valor pago **o Requerente** nada traz de coerência com a supracitada lei e seu anexo, não havendo correspondência do valor pago com os percentuais ali estampados, o que salta aos olhos tal disparidade.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

**Art. 5º.** O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de

---

# *Escritório de Advocacia*

---

culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Portanto, verifica-se que qualquer pessoa, na hipótese de ser vitimada em acidente de trânsito e desde que haja **invalidez permanente ou parcial de qualquer grau, terá direito a uma importância pecuniária a título de indenização**, a qual no caso em baila foi fixada em lei por valor equivalente **a R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**.

Ocorre que, a despeito de ser límpido o direito **do Autor**, notadamente porque houve o reconhecimento da invalidez por parte da Seguradora, **o Autor não obteve valor de indenização pelo seguro DPVAT**.

Nossos tribunais tem assim se manifestado, vejamos:

**AÇÃO DE COMPLEMENTAÇÃO DO SEGURO DPVAT - INVALIDEZ FUNCIONAL - COMPROVAÇÃO - PAGAMENTO NA INTEGRALIDADE - SENTENÇA**

MANTIDA. Não obstante a Súmula 474 do STJ, tratando-se de debilidade de caráter permanente de membro, apta a provocar incapacidade para o trabalho, cabível o pagamento integral do valor da perda, constante da tabela anexa à lei Nº 11.945/2009 a título de seguro DPVAT.

(TJ-MG - AC: 10313120224503001 MG, Relator: Wanderley Paiva, Data de Julgamento: 26/08/2015, Câmaras Cíveis / 11ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 01/09/2015)

Vale ressaltar que, é entendimento pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá

# *Escritório de Advocacia*

---

ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do CNSP, vejamos o seguinte julgado:

E M E N T A - APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA - DPVAT - PEDIDO DE ALTERAÇÃO DO PÓLO PASSIVO - SEGURADORA INTEGRANTE DO CONSÓRCIO NACIONAL DO CONVÊNIO DPVAT - LEGITIMIDADE - REVELIA - PRESUNÇÃO RELATIVA DE VERACIDADE - NECESSIDADE DE PRODUÇÃO DE PROVA PERICIAL - SENTENÇA ANULADA - RECURSO PROVIDO.É

**pacífico o entendimento do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul de que toda qualquer seguradora integrante do consórcio nacional do convênio DPVAT tem legitimidade para figurar no pólo passivo de ação visando cobrança de seguro obrigatório.** A presunção de veracidade prevista no dispositivo é relativa e não implica necessariamente na procedência da pretensão inicial, sendo necessário a análise das circunstâncias apresentadas, podendo o juiz, até mesmo, julgar improcedente a ação. A prova pericial atestando a ocorrência de invalidez permanente é prova essencial para a procedência do pedido de cobrança de indenização a título de DPVAT.

(TJ-MS - APL: 00042793920128120021MS 0004279-39.2012.8.12.0021, Relator: Des. Claudionor Miguel Abss Duarte, Data de Julgamento: 15/01/2013, 4ª Câmara Cível, Data de Publicação: 23/01/2013)

Assim, as seguradoras que fazem parte do consórcio DPVAT, portanto são regidas pelo princípio da solidariedade, ou seja, todas podem ser acionadas para o pagamento da indenização devida, tanto na esfera administrativa quanto na esfera judicial.

---

# *Escritório de Advocacia*

---

Vale mencionar ainda, que tanto a legislação quanto a jurisprudência assim entendem, já pacificada pelo Egrégio Tribunal de Justiça, *in verbis*:

AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO QUE NÃO LOGRA INFIRMAR OS FUNDAMENTOS DA DECISÃO AGRAVADA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. LEGITIMIDADE PASSIVA. SEGURADORA. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA N. 211/STJ. MATÉRIA CONSTITUCIONAL. IMPOSSIBILIDADE DE EXAME NA VIA DO RECURSO ESPECIAL.

1. Mantém-se na íntegra a decisão recorrida cujos fundamentos não foram infirmados.

**2. Qualquer seguradora que opera no sistema pode ser acionada para pagar o valor da indenização correspondente ao seguro obrigatório, assegurado o direito de regresso. Precedentes.**

(...)

6. Agravo regimental improvido.

(STJ - AgRg no Ag: 870091 RJ 2007/0030346-6, Relator: Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, Data de Julgamento: 20/11/2007, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJ 11/02/2008 p.106).

Desse modo, em vista da recusa da Seguradora em pagar a indenização integral pelo sinistro, muito embora tenha reconhecido na via administrativa a invalidez, não restou outra alternativa senão acionar o Poder Judiciário **para que imponha a Seguradora a obrigação de pagar a complementação de sua indenização, devidamente corrigido monetariamente, e com a incidência de jurose**

---

# *Escritório de Advocacia*

---

**multa moratórios legais do período ou seja, 13/10/2015,**  
conforme preceitua o art. 5º, § 7º da Lei 6.194/74.

Art. 5º

(...)

§ 7º Os valores correspondentes às indenizações, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, sujeitam-se à correção monetária segundo índice oficial regularmente estabelecido e juros moratórios com base em critérios fixados na regulamentação específica de seguro privado. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

Eis a razão que alberga o direito da Autora.

## **VI - DOS PEDIDOS**

Diante do exposto, requer a Vossa Excelência:

a) **A concessão dos benefícios da Justiça Gratuita** por ser a Requerente pessoa pobre na acepção da Lei nº 1.060/50.

b) A citação da Requerida no endereço constante da inicial, através de seu representante legal, para, querendo, contestar a presente ação, sob pena de confissão e revelia, nos termos do art. 344 do NCPC;

# *Escritório de Advocacia*

---

c) A procedência do pedido constante da presente ação, com a condenação da empresa seguradora **Requerida** ao **pagamento da diferença da indenização do Seguro DPVAT o Requerente**, no correspondente ao importe de **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)** devidamente **corrigido monetariamente, e com a incidência de juros e multa moratórios legais do período;**

d) A condenação ao pagamento das custas e honorários advocatícios, estes arbitrados em 20% do valor da condenação;

e) A condenação em honorário de sucumbência;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, especialmente pelo depoimento pessoal das partes, oitiva de testemunhas, realização de perícias e juntada de quaisquer outros documentos que esse respeitável Juízo entender necessário.

Nos termos do art. 272, § 5º do CPC/2015 (constando dos autos pedido expresso, para que as comunicações dos atos processuais sejam feitas em nome dos advogados indicados, o seu desatendimento implicará nulidade), requer-se que as comunicações dos atos processuais sejam dirigidas ao advogado **Tiago Luiz Teixeira, OAB/PI nº 7560**

Dá-se à causa o valor de **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**

---

# *Escritório de Advocacia*

---

Nestes termos.  
Pede deferimento.

Teresina, 29 de julho de 2019.

Dr. Tiago Luiz Teixeira  
OAB/PI N°7560

## **DOS QUESITOS DA PERÍCIA:**

- 1) Houve ofensa à integridade física ou à saúde da examinanda? Quais lesões ela sofreu?
- 2) Restou sequelas da lesão ocorrida? Em caso afirmativo, favor identificá-las.
- 3) Tais lesões resultaram na incapacidade da requerente para as ocupações habituais, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função?
- 4) Tal sequela resultou em incapacidade permanente para o trabalho na função exercida pela pericianda?
- 5) Se tal sequela resultou em deformidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente?

# *Escritório de Advocacia*

---

6) Qual o grau/percentual da debilidade permanente sofrida pelo periciando?

Teresina, 29 de julho de 2019

Dr. Tiago Luiz Teixeira  
OAB/PI N°7560

# Escritório de Advocacia

Rua Eletricista Guilherme, nº 954, Bairro Fátima, Teresina - PI

## Procuração ad Judicium

Adriano Silva Lima brasileiro RG: 12335  
028150 SSP/BA, CPF: 051.361.555-  
SS residente e domiciliado na Rua São José  
Ad: 4, CS 6, Parque Brasil, Teresina - PI

constitui como seu bastanteprocurador, Dr. Tiago Luiz Teixeira, e  
advogado, com registro na OAB/PI nº 7560, com escritório  
profissional sito à Rua Eletricista Guilherme, nº 954, Bairro Fátima,  
Nesta Cidade, onde recebe as intimações de estilo, concedendo  
amplos e ilimitados poderes com as cláusulas ad judicium e extra para  
foro em geral, para representá-lo em qualquer instância ou Tribunal,  
em qualquer ação em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou  
réu(s) ou de qualquer forma interessado(s), em conjunto ou  
separadamente, podendo propor contra quem de direito as ações  
competentes e defendê-las nas contrárias, habilitar e retificar, ceder e  
prometer e em especial  
receber e dar quitação, delas variar ou desistir, acompanhando-as em  
todos os seus termos até a final, podendo para tanto acordar, agravar  
ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar  
requerimento, documentos necessários, produzir provas,  
justificações, requerer falência ou concordata, transigir, firmar  
compromissos, renunciar, passar recibos, pagar taxas, receber e dar  
quitação, assinar termo de inventariante, finalmente tudo o que for  
preciso para o fiel cumprimento deste mandato.

Teresina, PI, 13 de julho 2010.

x Adriano Silva Lima

58/34.4214  
93223-7495

Página 1 de 1

Tiago Luiz Teixeira

OAB PI 7560

Telefone: 88 99418 4948

Email:

tiago Luiz.advogado@hotmail.com