



Número: **0800542-85.2019.8.18.0084**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Barro Duro**

Última distribuição : **26/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA (AUTOR)		ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
6512576	26/09/2019 22:01	Petição Inicial	Petição Inicial
6512578	26/09/2019 22:01	identidade , cpf e comprovante de residência	Documentos
6512579	26/09/2019 22:01	procuração joão pedro alves	Procuração
6512580	26/09/2019 22:01	boletim de ocorrência	Documentos
6512581	26/09/2019 22:01	laudo médico	Documentos
6512582	26/09/2019 22:01	pedido de seguro via administrativa seguro dpvat	Documentos
6512583	26/09/2019 22:01	prontuarios	Documentos
6512584	26/09/2019 22:01	atestatado joão pedro	Documentos

PETIÇÃO INICIAL ANEXA.



9.846-9418.6
tpe.0.9418.6





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0730314-9

Nº da Nota Fiscal 015891177

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	10-01-2019	88	56,06

ANTONIO CARLOS DA SILVA
R. SÃO SEBASTIAO S/N B-URBANO
CPF: 00051709392304
CEP: 64.455-000 - BARRO DURO

ROT: 187.085.03.20.106350

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	7003	Atual:	03/01/2019
Anterior:	6915	Anterior:	05-12-2018
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	04-02-2019
Consumo Medido:	88	Emissão:	02-01-2019
Consumo Faturado:	88	Apresentação:	03-01-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.
RESID. BX. RENDA	MONO	A1044582		1.4.1.1
				Média 12 meses
				99

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
DEZ/18	CONSUMO 30 A R\$ 0,291393 = 8,74
NOV/18	58 A R\$ 0,499543 = 28,97
OUT/18	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) = 6,81
SET/18	DIFERENÇA DE TARIFA 38,23
AGO/18	SUBVENCAO BAIXA RENDA 27,64
JUL/18	CORRECAO MONETARIA IG 12/18-00 0,06
JUN/18	MULTA POR ATRASO 12/18-00 0,83
MAI/18	JUROS POR ATRASO 12/18-00 0,06
ABR/18	
MAR/18	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,210550	
31 A 88 - 0,361020	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
11/2018 63,00

***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
[Informamos existir(em) debito(s) vencido(s) no valor de R\$
*****63,00 (sem acrescimos legais) ate esta data. Caso o(s)
debito(s) ja tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de
atendimento da Eletrobras Distribuicao Piau com o(s) compro-
vante(s) de pagamento.]

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

RESERVADO AO FISCO 9FF1.01D2.50B7.844D.8D49.7302.1338.F62E

RESERVADO AO FISCO		9911.0101.0001.0001	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	15,85	Base de Cálculo:	75,94
Energia:	30,61	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,18	Valor do ICMS:	16,70
Encargos:	3,26	Valor do PIS:	0,77
Tributos:	21,04	Valor do COFINS:	3,57

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	8,06	16,12	32,23	4,59	9,19	18,37	4,48	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	SAO PEDRO DO PIAU					Período de apuração:	11/2018	EUSD: 13,8

ROT: 187 085 03 20 106350

(86) 99773215

MEDISA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 01/04/19



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.451.749 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/08/16

NOME JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA

FILIAÇÃO GRACILENE ALVES DA COSTA SOUSA
PEDRO DE SOUSA FILHO

NATURALIDADE BARRO DURO-PI DATA DE NASCIMENTO 12/06/2000

DOC. ORDEM CERT. NASC. 18133 L A21 F 188
EXP BARRO DURO-PI 01/08/00

CPF 066.093.893-65

1552466

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

CARTEIRA DE IDENTIDADE
ASSINATURA DO TITULAR

JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA
1552466

POLEGAR DIREITO

[Assinatura]

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

Recebido em: 01/04/16





ALEXANDRE RAMON
ADVOCADO ESPECIALIZADO

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: João Pedro Alves de Sousa	
NACIONALIDADE: Brasileiro	ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Estudante	RG: 4.451.749 SS P-PI
CPF: 066.093.893-65	ENDEREÇO: Rua São Sebastião, S/N, Bairro: Centro, CEP: 64.455-000, Barro Duro - PI.

OUTORGADOS: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/PI nº 5795, com escritório profissional situado na Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro - Teresina - PI, CEP 64.000-120.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado devidamente qualificado acima, com a cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA", para, agindo, representá-lo (a) perante repartições públicas e qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado, a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-la nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe também, poderes especiais para confessar, transigir, variar, desistir, **fazer acordos**, receber e dar quitações, requerer o que convier, firmar compromissos, assinar termos, receber citações, notificações, intimações e alvará judicial, representar o (a) outorgante em audiências, perante os juízos deprecante e deprecado e em qualquer instância, podendo substabelecer o presente mandato com ou sem reservas de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do (a) outorgante e ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina, PI, 26 de Setembro 2019.

OUTORGANTE: João Pedro Alves de Sousa

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina - PI - CEP 64000-120
telefones: 994643330/(what Zap: 994523253)
E-mail: ramonadv@bol.com.br / www.alexandreramon.jur.adv.br



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

DECLARANTE: JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	FONES:
PROFISSÃO: ESTUDANTE	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
RG: 4.451.749 SSP-PI	CPF: 066.093.893-65
ENDEREÇO: Rua São Sebastião, S/N, Bairro: Centro, CEP: 64.455-000,	
Barro Duro-PI	
E-MAIL:	

Eu, acima qualificado, declaro para os devidos fins, que sou pobre na forma da Lei, não tendo condições de arcar com despesas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, que por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Teresina-PI, 26 de Setembro de 2019.



João Pedro Alves de Sousa
DECLARANTE





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 049/2019

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI **Resp. pelo Registro:** EPC JOÃO RODRIGUES DA CUNHA
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR **Data/ Hora:** 20/03/2019-10:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI **Data/ Hora:** 11/12/2018-17:00
Município: BARRO DURO-PI **Bairro:** ZONA RURAL
Endereço: POVOADO BREJÃO
Complemento: ZONA RURAL

DADOS DO INFORMANTE

Nome: JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA
Documentos: RG:4451749, SSP-PI; CPF:066093893-65 **Filiação:** GRACILENE ALVES DA COSTA SOUSA E PEDRO DE SOUSA FILHO
Nacionalidade: BRASILEIRO **Endereço:** RUA SÃO SEBASTIÃO, S/N,
Naturalidade: BARRO DURO-PI **Complemento:** PROXIMO A IGREJA MARANATA
Estado civil: solteiro(a) **Bairro:** CENTRO
Profissão: ESTUDANTE **Município:** BARRO DURO-PI
Nascimento: 12/06/2000 **Telefone(s):** 86 999773215

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- SEGURO DPVAT
- LESÕES DECORENTE DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

RELATO DA OCORRÊNCIA

Dados do Veículo:
- **Tipo:** motocicleta
- **Placa:** NIT-3392
- **Marca/ Modelo:** HONDA /BIZ 125 ES
- **Chassi:** 9C2JC4820BR020763
- **Ano/Modelo:** 2011/2011
- **Renavam:** 0120110062147
- **Cor:** VERMELHA
- **Proprietário:** LUCIANA ALVES DA COSTA

Narrativa:

Declara o noticiante que quando se deslocava do Povoado Brejão, zona rural do município de Barro Duro-PI, sentido a referida cidade, quando se envolveu em um acidente automobilístico provocado pela colisão frontal com outro veículo (D-20 DE COR BRANCA PLACA NÃO IDENTIFICADA), RECEBENDO OS PRIMEIROS SOCORROS no local do acidente, em uma ambulância do Hospital da cidade de Barro Duro - PI, sendo transferido em seguida para o Hospital de Urgência Teresina (HUT), com graves lesões, foi submetido a procedimento cirurgico no fêmur ESQUERDA em consequências da lesões sofridas no acidente, conforme documentação anexa.

EPC JOÃO RODRIGUES DA CUNHA
Resp. pelo Registro

JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA
Resp. pela Informação

Bel Sérgio Sousa Alencar
Delegado de Polícia Civil

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 02/04/19



**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: **JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA** (Prontuário: 496698)
Endereço: RUA SAO SEBASTIAO, S/N - CENTRO - BARRO DURO - PI CEP: 64455-000
Nascimento: 12/06/2000 Idade: 18a9m12d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 228761
Requisição: 900429 Solicitação: 12/12/2018 Solicitante: ANDRE LUIS SANTANA NOGUEIRA
Controle: 1117769 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 12/12/2018

FEMUR ESQUERDO

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

- Fratura no terço médio do fêmur com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura no terço médio do fêmur com fixação metálica.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 24/03/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	066.093.893-65	JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA	066.093.893-65	
Profissão:	Endereço:	Número:
LEVISO	RUA SÃO SEBASTIÃO	S/N
Bairro:	Cidade:	Estado:
UXBAM	BARRO DUXO	PI
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	64.455-000	86.9997 3215

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

RENDA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3827 ☐ CONTA: 26482 ☐ 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vivos: Falecidos:
		Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:	28/03/2019
Nome:	JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA
CPF:	066.093.893-65

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FDS 001 V001/2018





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

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190249503

Vítima: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003827

Conta: 0000026482-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

Alton

NOME DO PACIENTE: João Pedro Alves de Sousa
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 496698

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".





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 12 / 12 / 18

NOME DO PACIENTE:	João Pedro Alves de Sousa	PRONTUÁRIO Nº:	496698
DIAGNÓSTICO:	Pré-eclâmpsia	CIRURGIA:	Parto Term / Cesárea
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Dr. Chagas	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Dan	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Desterris	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	10		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES 5.0	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		Olethados	und	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA	und	03	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Crepone	und	02	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Cera p/ o-20	und	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Mononylon	und	04	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				D. Suction	und	01	
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	und	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1	und	04		CIRCULANTE:			
PROLENE							

MOD - 094



EXAMES COMPLEMENTARES		HB		TP / RNI	Uréia	Creatinina	RX Tórax
Ht		TTPa					
Plaquetas		Glicemia					
ECG							
ECO							
Anestesia proposta: () Geral () Outro: _____							
OBSERVAÇÃO DE CRPA:							
ASA: _____							
CRM: _____							
Anestesiologista: _____							

EXAMENES COMPLEMENTARES

EXAME FÍSICO	
PA:	Pulso: () arritmico
1. Respiratório	() Normal () Alterado
2. Cardiovascular	() Normal () Alterado
3. Neurológico	() Normal () Alterado
1. Abdom	() Normal () Alterado
5. Vias aéreas	() Possível VAD () Normal () Alterado
6. Extremidades	() Normal () Alterado

EXAME FÍSICO

ANAMNESE:		
1 -	Patologias cardiocirculatórias	() Sim () Não
2 -	Patologias respiratórias	() Sim () Não
3 -	Antecedentes patológicos	() Sim () Não
4 -	Convulsão	() Sim () Não
5 -	Passado anestésico cirúrgico	() Sim () Não
6 -	Transfusão sanguínea	() Sim () Não
7 -	Uso de medicação	() Sim () Não
8 -	Alergia	() Sim () Não
9 -	História familiar de complicações anestésicas	() Sim () Não

ANAMNESE

Nome:		Prontuario:		Data:	
Sexo: () Masc. () Fem.		Idade:		Peso:	
Procedimento(s) proposto(s):		Apto?		() Sim () Não	

AVALIAÇÃO PRE-ANESTÉSICA

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





FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: _____ Sala: 06 Alergia: ? Data: _____

Procedimento: Tratamento cirúrgico de Fr de Fimex E Fco das Chagas Cirurgião: _____ Observações: _____

Agentes	Unid	8:30	9:30	10:30	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1. Fentanyl	50 mcg	EV											
2. Bupiv	15 mg												
3. Propofol 60 mg													
4. Clonidina	150 mcg												
5. Cetolime	2 g												
6. Etomidato	100 mg												
7. Diprivena	2 g												
8. Dexametasona	60 mg												
9. Ondansetron	4 mg												
10													
11													
12													
13													
Oxigênio		Bulbim cateter nasal											
APN2O													
Vel	%												

Acesso Vascular

- ☐ Periférico
- ☒ Cat. Venoso 26 G
- ☐ Dificuldade aces. venoso
- ☐ Gastos cateteres
- ☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
- ☐ IOT nº _____
- ☐ LMA nº _____

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☒ PANI em MSV
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☒ Raquianestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decúbito: DDIT

SPO2 (%)	100	100	100	100	100	100	100	100					
ETCO2 (mmHg)													
Aces. Venoso	SFO 0,5% 1000 ml												
Aces. Venoso													
Diurese													
Perdas Sanguíneas													

Descrição da Anestesia:

Raquianestesia Quinke 26 pulso mediana e leve ataxia 63-24
em minutos adensos

Dr. Miguel Antonio T. Ferreira
Médico Anestesiologista
CRM-SP 164.610
CAMP 4404
Anestesiologista



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE _____

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 2 3				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				
TEMPERATURA T	Cº	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO	38					SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
PARTICULARIDADES						

MOD 76 - HUT





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Trauma de crânio

Operação - Tipo

Craniotomia para remoção de hematoma / fratura da calvária

Cirurgião

F. M. S. CHAGAS

1º Assistente

DR. JOEL CAMPOS NETO

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Anestesia geral - Amp. Antagon. Etil.
2. Incisão sobre a linha (E) - drenagem por Rb - drenagem de L. L. L.
3. Hemostasia - SUT
4. Incisão L. L. L. (E) - drenagem por Rb - drenagem de L. L. L.
5. Drenagem, SUT e Curto.

Mod. 76 HUT





C.C.H.
JULIO LUGONES C. F.R.N.O.
AREN-PI 01-19892

Mod: 007



CIN. 68724L.



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Imp: 12/12/2018 00:14:43

BOLETIM DE ENTRADA - BE

(User: MARIA ONEIDE)

(Estação: ACCR01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA		Prontuário: 496698	
Mãe: GRACILENE ALVES DA COSTA SOUSA		Pai: PEDRO DE SOUSA FILHO	
End.Resid.: RUA SAO SEBASTIAO, S/N - CENTRO - BARRO DURO - PI - CEP: 64455-000			
Nascimento: 12/06/2000	Idade: 18a5m29d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99977-3215
Responsável: GRACILENE ALVES DA COSTA SOUSA		CNS: 200625394200006	
Profissão: ESTUDANTE		Documento: RG: 4451749 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 697786	Data: 11/12/2018 23:43:28	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundario: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor moderada	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: paciente com relato de acidente de motocicleta apresentando dor e edema e deformidade da coxa esquerda.		Profissional Clas. Risco: MARIA ONEIDE HOLANDA LUZ COREN 24003 PI Em: 12/12/2018 00:14:41	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente com história de acidente motociclistas apresentando trauma em coxa (E). Tax evidência física de dano ao fêmur. Exame neurológico sem alterações.
 Ref: Sufrança p/ tração cirúrgica.

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

① Avaliação da cirurgia geral

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____		Se Internação, indique o Procedimento e CID 0408050519 572.3 Procedimento CID
--	--	---

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



anexo 1
1801

81 21 11

MOZILAT 21930

x

anexo 1
81 21 11

...ob abstração artificializada de dados nos termos
artigo 1.º, parágrafo 1.º, da Lei nº 11.340/2006, com redação dada
(14) [assinatura] de [nome] no [data] [local] [estado] [país] [município] [bairro] [cidade] [estado] [país]
[assinatura] [nome] [data] [local] [estado] [país] [município] [bairro] [cidade] [estado] [país]
21

anexo 1

anexo 1

anexo 1

21 10 21 11

TUH
21 10 21 11



CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 11/12/18 HORA: _____ N.º TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: _____ MUNICÍPIO: Barro Duro
MÉDICO: DÉRIC TALZON CRM: 70899

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO:

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínicos () Cirúrgico () Pediatra () Outros _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: João Pedro Alvim Sousa

Data de Nascimento: 12/06/2000 Idade: 18 anos Sexo: F () M ()

CPR: _____ Cartão SUS: _____

Município de Procedência: Barro Duro

HDA: Paciente com relato de acidente motorcyclístico apresentando dor, edema, deforma e deformidade da coxa esquerda. Reduzido R de coxa (E) evidenciando fratura obliqua em diáfise do fêmur (E) (N)

HD: Fratura de fêmur CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS:

T ax. _____ °C P: _____ bpm R: _____ mmHg PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

() Oxigênio () Hidratação Venosa _____
() Aspiração () Medicação (especificar) Sumo 10mg
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar cópia)

Rx de coxa (E)

Dr. Déric Talzon
Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO:

HUT Senha Regulação: 449561852

Clínica/Posto: 52453





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Barro Duro
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
Rua do Cajueiro, S/N, Centro, CEP. 64455/000
CNPJ. 01.864.999/0001 - 80
E-mail: saudebarroduro@bel.com.br

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 11/12/19 HORA: _____ Nº TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: _____ MUNICÍPIO: Barro Duro

MÉDICO: Dr. Tairson CRM: 7084

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO:

() Obstetrícia (x) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatra () Outros _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: João Pedro Alun Sampa

Data de Nascimento: 12/06/2000 Idade: 19 anos Sexo: F() M()

CPF: _____ Cartão SUS: _____

Município de Procedência: Barro Duro

HDA: Paciente com relato de acidente motorcyclístico apresentando ferimentos, edema e dor e deformidade da coxa esquerda. Reduzida capacidade de carga (E) evidenciando fratura de fêmur em nível do fêmur (E) (A)

HD: Fratura de fêmur CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS:

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm PA: _____ mmHg Sat-O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

() Oxigênio () Hidratação Venosa
() Aspiração () Medicação (especificar) Uma dose 20mg
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar cópia) Rx de coxa (E)

Dr. Diego T. Rodrigues

MÉDICO
CRM: 7084

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO:

Clínica/Posto: 52453 Senha Regulação: 949561852



Luiz Carlos
99905-4014

CONSULTA BÁSICA

DATA: 11/12/2018

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: João Pedro de Sousa
Data de Nascimento: 12 / 06 / 2000 Idade: 18 Telefone: 9977 3215
Endereço: Rua Sebastião Município: Barro Duro
Identidade: H. 451.749 Nº CNS 20062539420 00061

COLETA DE DADOS:

Alergias: (S) (N) _____
H.P.P HAS (S) (N) Diabetes (S) (N) Tabagista (S) (N) IAM (S) (N) _____ AVC (S) (N) _____
Cirurgias (S) (N) _____ Outras: _____
Medicações em Uso: _____

EXAME FÍSICO:

PA: _____ TAX: _____ Glicemia: _____ FC: _____ FR: _____
Peso: _____ Altura: _____ Sat O₂ _____
Queixa Principal: _____
Hipótese Diagnóstica: _____
Prescrição: Paciente com relato de dor de caráter motorizado com queixa de
dor em coxa esquerda. Anamnese: Hombro esquerdo comprometido, dor em
coxa esquerda e deformidade.
① Tramal 100mg 1amp + 100mg 50,9% @.
② Solite 100mg 1amp @.
Fratura obliqua de diáfise de fêmur l. Solite regular para
hospital de referência.

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

Hemograma () Bioquímico () Enz. Card. () EAS () RX () USG () TC () ECG () TGO () TGP ()
Parasitológico de Fezes ()

Dr. Denis T. Rodrigues
MÉDICO
CRM-Pi: 7089

Assinatura do Médico e Carimbo

* Grazielle Alves da Costa
Assinatura do Paciente e/ou Impressão Digital

OBS.: A consulta é paga pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRO DURO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRO DURO
Rua do Cajueiro s/n - CNPJ: 06.554.745/0001-89
CEP: 64.455-000 Barro Duro - Piauí

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Atesto para os devidos fins que o Sr. João Pedro Alves Sousa, paciente dessa unidade de saúde, em tratamento fisioterapêutico, apresenta fratura de fêmur esquerdo.

Paciente apresenta diminuição da amplitude de movimento para movimentos de flexão, extensão, abdução, adução e rotação interna e externa; Sintomatologia dolorosa; diminuição da força muscular, grau I para flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa de acordo com a tabela de Oxford. E com essas limitações não consegue exercer suas atividades laborais.

01 / 04 / 2019
DATA

Antônio Mendes Lima
Fisioterapeuta
CREFITO 14 224644-F

Ass. do Médico



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO
DA COMARCA DE SÃO PAULO
FOLHA 001 DE 01
PROCESSO Nº 19092622010106200000006230143
AUTOR: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO
RÉU: INSTITUTO DE APOSENTADO DA JUDEIA

EX. AUTENTICAÇÃO

19/09/2019

Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/09/2019 22:01:01
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092622010106200000006230143>
Número do documento: 19092622010106200000006230143

