



Número: **0801182-80.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **17/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.084,28**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

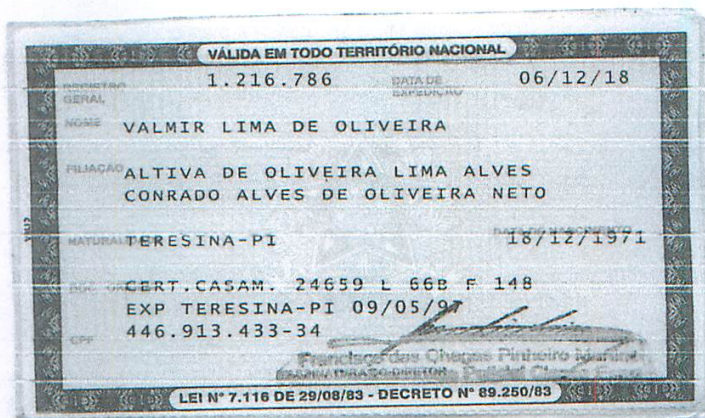
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                        | Procurador/Terceiro vinculado              |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| VALMIR LIMA DE OLIVEIRA (AUTOR)                               | ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) |                                            |

| Documentos  |                    |                                                          |                         |
|-------------|--------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------|
| Id.         | Data da Assinatura | Documento                                                | Tipo                    |
| 79147<br>55 | 17/01/2020 10:54   | <a href="#">Petição Inicial</a>                          | Petição Inicial         |
| 79147<br>61 | 17/01/2020 10:54   | <a href="#">IDENTIDADE E CPF E COMPROVANTE DE RES</a>    | Documentos              |
| 79147<br>64 | 17/01/2020 10:54   | <a href="#">PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE HIPO</a>          | Procuração              |
| 79147<br>65 | 17/01/2020 10:54   | <a href="#">bo, LAUDO PERICIAL E PAGAMENTO DO SEGURO</a> | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 79147<br>68 | 17/01/2020 10:54   | <a href="#">ATENDIMENTO SAMU</a>                         | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 79147<br>72 | 17/01/2020 10:54   | <a href="#">PRONTUARIO</a>                               | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |

petição inicial





ÁGUAS DE  
**TERESINA**

CNPJ 27.257.474/000106 - LE 105965574  
AV. PROT. CAMILO FILHO, 2300, CENTRO, TERESINA - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 335 / (86) 98124-3199

MATRICULA 13763920-1 FATURA Nº 153629053  
MÊS / ANO 11/2019

NOME / ENDEREÇO  
MORADOR VALMIR LIMA DE OLIVEIRA  
RUA ONZE LOT RENASCENÇA III, 6450-SAO  
SEBASTIAO-TERESINA-PI-cep: 64000-000

LOCALIZAÇÃO 009-00023-004715 GRUPO 009 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A14F220322

HISTÓRICO DE CONSUMO

| MÊS/ANO | Tipo | Lido | Faturado |
|---------|------|------|----------|
| 10/2019 | Lido | 12   | 12       |
| 09/2019 | Lido | 12   | 18       |
| 08/2019 | Lido | 10   | 15       |
| 07/2019 | Lido | 15   | 15       |
| 06/2019 | Lido | 15   | 15       |
| 05/2019 | Mini | 10   | 10       |

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA  
1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS M3 12

DATA 10/2019  
LEITURA 515

DATA 11/2019  
LEITURA 527

CONSUMO MÊS M3 12

PREPASEP 44,42 x 1,05% = 0,73

COFINS 44,42 x 7,68% = 3,37

TABELA DE TARIFAS

| RESIDENCIAL | FAIXA DE CONSUMO M3/MÊS E (%) | VALOR |
|-------------|-------------------------------|-------|
| 10          | 0 - 5,7120 80                 | 0,18  |
| 25          | 5,7120 - 9,8618 80            | 0,31  |
| 00          | 9,8618 - 18,0000 80           | 0,96  |
| 00          | 18,0000 - 36,0000 80          | 0,89  |

VALOR REFERENTE AGUA - 42,08

RESIDENCIAL-NORMAL 12,0 m3 42,08

JUROS POR ATRASO 001/001 0,18

JUROS POR ATRASO 001/001 0,31

MULTA POR ATRASO 001/001 0,96

MULTA POR ATRASO 001/001 0,89

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO M3/MÊS E (%)

VENCIAMENTO 25/11/2019 TOTAL A PAGAR 44,42

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

RECALCULO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE  
MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

### NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,  
conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/05, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS        | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|-------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| CLORO LIVRE       | 2960                | 2926                     | 34                          | 1,30        | 0,2-5,0 mg/L    |
| COR APARENTE      | 3286                | 3257                     | 29                          | 5,29        | Inferior a 15   |
| PH                | 2303                | 2268                     | 35                          | 6,91        | 6,00-9,50       |
| TURBIDEZ          | 3284                | 3245                     | 39                          | 1,43        | Inferior a 5    |
| COLIFORMES TOTAIS |                     |                          |                             |             |                 |

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS       | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| ESCHERICHIA COLI | 1311                | 1310                     | 1                           | Ausencia    | Ausente         |
|                  | 1311                | 1311                     | 0                           | Ausencia    | Ausente         |

DATA DA EMISSÃO: 13/11/2019 HORA DA EMISSÃO: 08:40

1.42.024 20191113004046

ÁGUAS DE  
**TERESINA**

MATRICULA 13763920-1 FATURA Nº 153629053  
MÊS / ANO 11/2019

VENCIAMENTO 25/11/2019 VALOR A PAGAR 44,42

82620000000-6 44421535000-0 00201915362-2 90530100104-6





ALEXANDRE RAMON

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"**

|                                            |                                                                                                                  |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OUTORGANTE:</b> Valmir Lima de Oliveira |                                                                                                                  |
| <b>NACIONALIDADE:</b> Brasileiro           | <b>ESTADO CIVIL:</b> Casado                                                                                      |
| <b>PROFISSÃO:</b> Autônomo                 | <b>RG:</b> 3-216-786                                                                                             |
| <b>CPF:</b> 446.913.433-34                 | <b>ENDEREÇO:</b> Rua Onze de Ateia-<br>mento renascença III, 6450, São Sebastião, CEP 999<br>99-999, Teresina-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, 37 de Janeiro 2020.

OUTORGANTE: Valmir Lima de Oliveira

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



**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA**

|                                                                                                                |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| DECLARANTE: <i>Valmir Lima de Oliveira</i>                                                                     |                             |
| NACIONALIDADE: <i>Brasileiro</i>                                                                               | FONES:                      |
| PROFISSÃO: <i>Autônomo</i>                                                                                     | ESTADO CIVIL: <i>casado</i> |
| RG: <i>5.216.706</i>                                                                                           | CPF: <i>446.913.433-34</i>  |
| ENDEREÇO: <i>Rua Onze, loteamento renascença III, 6450</i><br><i>São Sebastião, CEP 99999-999, Teresina-PI</i> |                             |
| E-MAIL: <i>Sem endereço eletrônico</i>                                                                         |                             |

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, 37 de Janeiro de 2020.

*Valmir Lima de Oliveira*  
DECLARANTE





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001409/2019-21

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 15/04/2019 - 09:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

10/02/2019 - 19:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

POVOADO

Endereço

BR-343, ESTRADA DA USINA SANTANA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

ANTES DO BALÃO RODOANEL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA JOSÉ LIMA DE OLIVEIRA

RG: 629979 SSP PI

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Mãe: ALTIVA DE OLIVEIRA LIMA ALVES

Pai: CONRADO ALVES DE OLIVEIRA NETO

Endereço: RUA VIEIRA LIMA, Nº 8455

Bairro: TODOS OS SANTOS

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8831-0186

Nome: VALMIR LIMA DE OLIVEIRA

RG: 1216786 PI

Tipo Envolv.: VITIMA

Mãe: ALTIVA DE OLIVEIRA LIMA ALVES

Endereço: RUA 11, LOTEAMENTO RENASCENÇA III, Nº 6450

Bairro: RENASCENÇA III

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9466-7575

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE, IRMÃ DA VITIMA, RELATA QUE A VITIMA CONDUZIA A MOTO HONDA/NXR160 BROS ESD, PLACA PIM-1928-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 01068200852, PROP. DA PROPRIA VITIMA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO AS RODAS DA MOTO TRAVARAM, PROVOCANDO A QUEDA DA VITIMA. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSP. RIO POTY. (PRONT. 16067761). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

Maria José Lima de Oliveira  
MARIA JOSÉ LIMA DE OLIVEIRA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



## SECRETARIA DE SEGURANÇA DO PIAUÍ

## INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL "Gerardo Vasconcelos"

Rua Francisca de Melo Lôbo, s/n.º Sacy - Fone: 86 3220 7373

TERESINA-PI CEP: 64020-190 CNPJ: 06.553.549/0001-90



## LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO

## Identificação do Laudo:

Pag: 1 de 2

|                  |                   |               |                        |                   |                     |
|------------------|-------------------|---------------|------------------------|-------------------|---------------------|
| Código:          | 117503            | Requerente:   | DELEGACIA DE ACIDENTES | Cidade:           | TERESINA-PI         |
| Nome:            | L. CORPORAL-ACID. |               |                        |                   |                     |
| Data Requisição: | 15/04/2019        | Remeter para: | O mesmo (a)            | Data Exame:       | 16/04/2019          |
|                  |                   |               |                        | Hora Exame:       | 08:54               |
| Local Exame:     | I.M.L.            |               |                        | Emissão do Laudo: | 16/04/2019 08:54:58 |

## Identificação do Periciando:

|               |                               |             |                                                     |                      |            |       |       |
|---------------|-------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|----------------------|------------|-------|-------|
| Código:       | 97204                         | Nome:       | VALMIR LIMA DE OLIVEIRA                             | Nacionalidade:       | Brasileira | Cor:  | PARDA |
| DT. Cadastro: | 16/04/2019                    | Endereço:   | R. 11 N° 6450 - LOT. RENASCENÇA III - TERESINA - PI |                      |            |       |       |
| Mãe:          | ALTIVA DE OLIVEIRA LIMA ALVES | Pai:        | CONRADO ALVES DE OLIVEIRA NETO                      |                      |            |       |       |
| CPF:          |                               | RG:         | 1.216.786-SSP-PI                                    | Registro Nascimento: |            |       |       |
| Profissão:    | MOTORISTA                     | Nascimento: | 18/12/1971                                          | Idade(anos):         | 47         | Sexo: | M     |
|               |                               |             |                                                     | Estado Civil:        | Casado(a)  |       |       |

## L A U D O:

**P R E Â M B U L O:** No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - Perito Médico-Legista - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar. **H I S T Ó R I C O:** Periciando orientado auto e alo psiquicamente, relata que fora vítima de acidente de trânsito com motocicleta que pilotava, e que por ocasião do acidente era habilitado para a condução de tal modalidade de veículo. **DESCRIÇÃO:** Presença de cicatriz de ferimento cirúrgico no terço proximal da face lateral externa da coxa direita (tratamento cirúrgico de fratura de fêmur subjacente - prontuário hospitalar - Hospital HapVida - 16067761). Presença ainda de áreas de cicatrização de ferimentos contusos nos membros inferiores e escoriações nos membros superiores e inferiores. Como seqüela o periciando tem também LIMITAÇÃO PARCIAL DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL HOMOLATERAL AO TRAUMA. As seqüelas (limitação funcional e áreas de cicatrizes) conferem ao periciando uma DEBILIDADE PERMANENTE DE MEMBRO E NÃO LEVA A UMA INCAPACIDADE PARA O TRABALHO. PARA FINS DE SEGURO DPVAT, COM RELAÇÃO À REPERCUSSÃO NA ÍNTEGRA DO PATRIMÔNIO FÍSICO (art. 3º, Lei 6194 / 1974 - incluído pela Lei nº 11.945, de 2009), OS DANOS CORPORAIS RESISDUAIS TOTAIS DO PERICIANDO SÃO NULOS (0,0%). Exame de corpo de delito indireto (prova documental - prontuário hospitalar) demonstra ainda que POR OCASIÃO DO TRAUMA O PERICIANDO HAVIA FEITO INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA (SE ENCONTRAVA EM ESTADO DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA AGUDA).

**RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp.: SIM. 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: INSTRUMENTO CONTUNDENTE. 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito? Resp.: PODERÃO TER SIDO. 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: RESULTOU EM INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE TRINTA DIAS E EM DEBILIDADE PERMANENTE DE MEMBRO. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: NÃO. 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: SIM: 1. PARA FINS DE SEGURO DPVAT, COM RELAÇÃO À REPERCUSSÃO NA ÍNTEGRA DO PATRIMÔNIO FÍSICO (art. 3º, Lei 6194 / 1974 - incluído pela Lei nº 11.945, de 2009), OS DANOS CORPORAIS RESISDUAIS TOTAIS DO PERICIANDO SÃO NULOS (0,0%). 2. POR OCASIÃO DO TRAUMA O PERICIANDO HAVIA FEITO INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA (SE ENCONTRAVA EM ESTADO DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA AGUDA). Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. /////

JOSE LUIZ CASTELO B. DE SIQUEIRA

Estado de São Paulo  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia de Registro de Imóveis - 1ª  
Circunscrição  
Certifico que o presente documento é  
a original do documento de matrícula nº  
Tendência nº. 06/05/19  
Escritório de Polícia Civil  
Matrícula: 06/05/19  
Dagmar Ribeiro de Matos Neto  
Escritor de Polícia Civil  
Mat. 286768 - X



**SECRETARIA DE SEGURANÇA DO PIAUÍ****INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL "Gerardo Vasconcelos"**

Rua Francisca de Melo Lóbo, s/n.º Sacy - Fone: 86 3220 7373

TERESINA-PI CEP: 64020-190 CNPJ: 06.553.549/0001-90

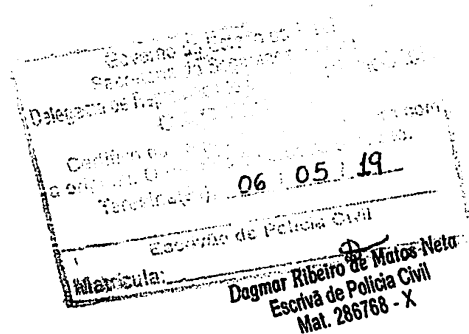
**LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO****Identificação do Laudo:**

Pag: 2 de 2

|                                       |                                     |                                                 |                               |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Código:</b><br>117503              | <b>Tipo:</b><br>L. CORPORAL-ACID.   | <b>Requerente:</b><br>DELEGACIA DE ACIDENTES    | <b>Cidade:</b><br>TERESINA-PI |
| <b>Data Requisição:</b><br>15/04/2019 | <b>Remeter para:</b><br>O mesmo (a) | <b>Data Exame:</b><br>16/04/2019                | <b>Hora Exame:</b><br>08:54   |
| <b>Local Exame:</b><br>I.M.L.         |                                     | <b>Emissão do Laudo:</b><br>16/04/2019 08:54:58 |                               |

  
José Luiz Castejo Branco de Siqueira  
Perito Médico-Legista  
CRM-PI 1873







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423855

Vítima: VALMIR LIMA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Senhor(a), VALMIR LIMA DE OLIVEIRA

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 52,64    |
| Juros:           | R\$ 0,58     |
| Total creditado: | R\$ 2.415,72 |

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: VALMIR LIMA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.415,72

Banco: 341

Agência: 7714

Conta: 0000017937-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

|                              |                              |                                              |                         |                           |                     |
|------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| Dados do Chamado             | 01 Nº do chamado             | 02 Data do chamado                           | 03 PRO (código)         | 04 Saída do PA            | 05 Chegada ao local |
|                              | 06 Saída do local            | 07 Chegada ao 1º hospital                    | 08 Saída do 1º hospital | 09 Chegada ao 2º hospital |                     |
| Local da Ocorrência          | 10 Endereço                  | 11 Bairro                                    | 12 Município-UF         | Código IBGE               |                     |
|                              | 13 Ponto de referência       |                                              |                         |                           |                     |
| Dados do Paciente            | 14 Nome                      | 15 Sexo                                      |                         |                           |                     |
|                              | 16 Idade                     | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? |                         |                           |                     |
| Tipo de Ocorrência           | 18 Tipo de ocorrência        |                                              |                         |                           |                     |
|                              | 19 Vítima                    |                                              |                         |                           |                     |
| Acidente de Transporte       | 20 Meio de locomoção         |                                              |                         |                           |                     |
|                              | 21 Outra parte envolvida     |                                              |                         |                           |                     |
| Exame Físico                 | 22 Equipamentos de segurança |                                              |                         |                           |                     |
|                              | 23 Glasgow =                 |                                              |                         |                           |                     |
| Assistência                  | 24 Sinais Vitais             |                                              |                         |                           |                     |
|                              | 25 Local da lesão            |                                              |                         |                           |                     |
| Hospital de Destino          | 26 Pupilas                   |                                              |                         |                           |                     |
|                              | 27 Pulso                     |                                              |                         |                           |                     |
| Observações Interdisciplinar | 28 Sangramento               |                                              |                         |                           |                     |
|                              | 29 Dor                       |                                              |                         |                           |                     |
| 30 Fratura                   |                              |                                              |                         |                           |                     |
| 31 Procedimentos realizados  |                              |                                              |                         |                           |                     |
| 32 Hospital de Destino       |                              |                                              |                         |                           |                     |
| 33 Condições de entrada      |                              |                                              |                         |                           |                     |
| 34 Óbito                     |                              |                                              |                         |                           |                     |

Observações Interdisciplinar: Paciente consciente, orientado, vítima de queda de moto apresentando suspeita de fratura no fêmur (D), lesão facial com sangramento ativo. Hematoma ocular e...

Socorristas: Médico \_\_\_\_\_ Enfermeiro \_\_\_\_\_  
AE/TE \_\_\_\_\_ Condutor \_\_\_\_\_

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

10/02/2019 22:21

|                                                      |                       |                       |                      |
|------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VALMIR LIMA DE OLIVEIRA                    | Dt. Nasc.: 18/12/1971 | Atendimento: 56826244 | Prontuário: 16067761 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA                           | Posto:                | Leito: /              |                      |
| Profissional(is): INDHIRA MARTINS ALVES CRM 4854 [1] | Nº: 33787406          | 10/02/2019            | às 22:06             |

| ANAMNESE                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |     |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|
| Queixa Principal                  | PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ALCOOLIZADO, POUCO COLABORATIVO AO EXAME, AGITADO, RELATA QUE ESTAVA DE CAPACETE POREM SACOU, ESCORIAÇÕES EM FACE, TORAX, ABDOME, MMSS E MMIIS. AP MURMURIO VESICULAR NORMAL, SEM RUIDOS ADVENTICIOS. ABDOME DOLOROSO A PALPAÇÃO PROFUNDA. FAMILIAR RELATA NAO SABER SOBRE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. NEGA DOENCAS DE BASE, USO DE MEDICACOES CONTINUAS, HAS E DM. VEIO COM IMOBILIZACAO EM MID COM SUSPEITA DE FRATURA EM FEMUR, COLAR CERVICAL. |  | [1] |
| Queixa Principal                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |     |
| Diagnóstico Inicial               | 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | [1] |
| CID10                             | V299 MOTOCICLISTA ACID TRANS NE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | [1] |
| Alergias                          | Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | [1] |
| Medicação Em Uso                  | Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | FRATURA EM MIE ANTERIOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | [1] |
|                                   | 99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | [1] |
| EXAME FÍSICO                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |     |
| Aspecto Geral                     | PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ALCOOLIZADO, POUCO COLABORATIVO AO EXAME, AGITADO, RELATA QUE ESTAVA DE CAPACETE POREM SACOU, ESCORIAÇÕES EM FACE, TORAX, ABDOME, MMSS E MMIIS. AP MURMURIO VESICULAR NORMAL, SEM RUIDOS ADVENTICIOS. ABDOME DOLOROSO A PALPAÇÃO PROFUNDA. FAMILIAR RELATA NAO SABER SOBRE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. NEGA DOENCAS DE BASE, USO DE MEDICACOES CONTINUAS, HAS E DM. VEIO COM IMOBILIZACAO EM MID COM SUSPEITA DE FRATURA EM FEMUR, COLAR CERVICAL. |  | [1] |
| Frequência Cardíaca               | 85 bpm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | [1] |
| Sat O2                            | 98 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | [1] |
| Pa Sistólica                      | 100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | [1] |
| Pa Diastólica                     | 80                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | [1] |
| Nível De Consciencia              | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | [1] |
| Resposta Motora                   | 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | [1] |
| Resposta Verbal                   | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | [1] |
| Escala De Glasgow                 | 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | [1] |
| DIAGNÓSTICO                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |     |
| CID10                             | V299 MOTOCICLISTA ACID TRANS NE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | [1] |
| CID10                             | V299 MOTOCICLISTA ACID TRANS NE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | [1] |
| CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |     |

SSINADO DIGITALMENTE POR: INDHIRA MARTINS ALVES:02385230399, às 23:02BRT de 10/02/2019



## RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

11/02/2019 13:54

|                                     |                                                                                                       |            |                         |              |          |             |          |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------|--------------|----------|-------------|----------|
| Paciente:                           | VALMIR LIMA DE OLIVEIRA                                                                               | Dt. Nasc.: | 18/12/1971              | Atendimento: | 56826244 | Prontuário: | 16067761 |
| Convênio:                           | HAPVIDA TERESINA                                                                                      | Posto:     | POSTO EMERGENCIA ADULTO | Leito:       | 184212/9 |             |          |
| Profissional(is):                   | FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO, MÉDICO, CRM 3096 Nº: 33819041 11/02/2019 às 13:53<br>[1] |            |                         |              |          |             |          |
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>                |                                                                                                       |            |                         |              |          |             |          |
| Nº Atendimento                      | 56826244                                                                                              |            |                         |              |          |             | [1]      |
| Nome Completo                       | VALMIR LIMA DE OLIVEIRA                                                                               |            |                         |              |          |             | [1]      |
| Data De Nascimento                  | 18/12/1971                                                                                            |            |                         |              |          |             | [1]      |
| Nome Da Mãe                         | ALTIVA DE OLIVEIRA LIMA ALVES                                                                         |            |                         |              |          |             | [1]      |
| Data Da Internação                  | 10/02/2019                                                                                            |            |                         |              |          |             | [1]      |
| <b>HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA</b> |                                                                                                       |            |                         |              |          |             |          |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                |                                                                                                       |            |                         |              |          |             |          |
| Peso                                | 80 kg                                                                                                 |            |                         |              |          |             | [1]      |
| <b>OUTROS DADOS E SINAIS</b>        |                                                                                                       |            |                         |              |          |             |          |
| <b>COMORBIDADES</b>                 |                                                                                                       |            |                         |              |          |             |          |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                  |                                                                                                       |            |                         |              |          |             |          |
| CID Principal                       | V299 MOTOCICLISTA ACID TRANS NE                                                                       |            |                         |              |          |             | [1]      |
| CID Complementar                    | S721 FRAT PERTROCANTERICA                                                                             |            |                         |              |          |             | [1]      |
| <b>PARECER DO ESPECIALISTA</b>      |                                                                                                       |            |                         |              |          |             |          |
| <b>PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO</b>     |                                                                                                       |            |                         |              |          |             |          |
| Plano Terapêutico                   | 03                                                                                                    |            |                         |              |          |             | [1]      |
| Encaminhamento Do Paciente          | POSTO DE ENFERMAGEM.                                                                                  |            |                         |              |          |             | [1]      |





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão 11/02/2019 12:26

|                                   |                         |                                       |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| Paciente: VALMIR LIMA DE OLIVEIRA | Dt. Nasc.: 18/12/1971   | Atendimento: 56826244                 |
| Convenio: HAPVIDA TERESINA        | Nº Prescrição: 20266665 | 10/02/2019 às 22:13                   |
| Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO    | Leito: 184212/9         | Prontuário: 16067761                  |
|                                   |                         | Peso: kg                              |
| 49. PROFENID IV (100.00mg)        | 100mg                   | 1 UD (C/100MG) Agora EV CRM-7213      |
| Soro Fisiologico 0,9%             | 100 ml                  |                                       |
| 50. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)    | 1000mg                  | 2 ML (AMPL C/500MC) Agora EV CRM-7213 |
| Aqua Destilada                    | 18 ml                   |                                       |

Profissionais CRM-7213 ANNA CATHARINA FEITOSA COUTO  
CRM-4854 INDIRA MARTINS ALVES





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão 11/02/2019 08:58

|                                                     |                         |                        |
|-----------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Paciente: VALMIR LIMA DE OLIVEIRA                   | Dt. Nasc.: 18/12/1971   | Atendimento: 56826244  |
| Convenio: HAPVIDA TERESINA                          | Nº Prescrição: 20266665 | 10/02/2019 às 22:13    |
| Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO                      | Leito: 184212/9         | Prontuário: 16067761   |
|                                                     |                         | Peso: kg               |
| 44. RINGER COM LACTATO (0.00/ml)                    | 500ml                   | (C/) Agora EV CRM-7213 |
| 45. REMOCAO SIMPLES - IDA E VOLTA                   | 1                       | 24/24h CRM-4854        |
| 46. REMOCAO SIMPLES - IDA E VOLTA                   | 1                       | 24/24h CRM-4854        |
| Profissionais CRM-7213 ANNA CATHARINA FEITOSA COUTO |                         |                        |
| CRM-4854 INDHIRA MARTINS ALVES                      |                         |                        |



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                           |       |                         |               |                       |                |
|-------------------------------------------|-------|-------------------------|---------------|-----------------------|----------------|
| Paciente: VALMIR LIMA DE OLIVEIRA         |       | Dt. Nasc.: 18/12/1971   |               | Atendimento: 56826244 |                |
| Convenio: HAPVIDA TERESINA                |       | Nº Prescrição: 20266665 |               | Prontuário: 16067761  |                |
| Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO            |       | Leito: 184212/9         |               | Peso: kg              |                |
| 26. TRAMADOL (50.00mg/ml)                 | 100mg | 2ML                     | (AMPL C/100MC | Agora                 | EV             |
| Soro Fisiologico 0,9%                     |       | 100 ml                  |               |                       | SN             |
| Alta vigilância                           |       |                         |               |                       |                |
| 27. SORO FISIOLÓGICO 0,9% (0.01g/ml)      | 500ml | 500ML                   | (TUBO C/.9GR) | Agora                 | EV             |
|                                           |       |                         |               |                       | 37.00 gts/min  |
|                                           |       |                         |               |                       | SE DOR INTENSA |
|                                           |       |                         |               |                       | CRM-4854       |
| 28. SONDAGEM VESICAL DE DEMORA            |       |                         |               |                       | CRM-4854       |
| 29. PUNCAO C/SCALP                        |       |                         |               |                       | CRM-4854       |
| 30. PUNCAO C/JELCO                        |       |                         |               |                       | CRM-4854       |
| 31. SINAIS VITAIS                         |       | 3/3h                    |               |                       | CRM-4854       |
| 32. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHO/   |       |                         |               |                       | CRM-4854       |
| 33. CURATIVO EXTRA GRANDE                 |       |                         |               |                       | CRM-4854       |
| 34. APLIC.MEDICACAO EV C/EQUIP BOMB/JELCC |       | 1                       |               |                       | CRM-4854       |
| 35. JELCO SALINIZADO                      |       |                         |               |                       | CRM-4854       |
| 36. SCALP SALINIZADO                      |       |                         |               |                       | CRM-4854       |
| 37. SUTURA SIMPLES                        |       |                         |               |                       | CRM-4854       |
| 38. CONTENÇÃO MECÂNICA                    |       | Agora                   |               |                       | CRM-4854       |

Profissionais CRM-4854 INDHIRA MARTINS ALVES





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão 10/02/2019 23:26

|                                   |      |                         |               |                       |            |
|-----------------------------------|------|-------------------------|---------------|-----------------------|------------|
| Paciente: VALMIR LIMA DE OLIVEIRA |      | Dt. Nasc.: 18/12/1971   |               | Atendimento: 56826244 |            |
| Convenio: HAPVIDA TERESINA        |      | Nº Prescrição: 20266665 |               | Prontuário: 16067761  |            |
| Posto: REC EMG ADT - HRP          |      | Leito: /                |               | Peso: kg              |            |
| 18.FENERGAN (25.00mg/ml)          | 50mg | 2ML                     | (AMPL C/50MG) | Agora                 | IM         |
| Alta vigilância                   |      |                         |               |                       |            |
| 19.HALDOL (5.00mg/ml)             | 10mg | 1 ML                    | (AMPL C/5MG)  | Agora                 | IM         |
| Soro Glicosado 5%                 |      | 8 ml                    |               |                       | 1/2 AMP IM |
| 20.REMOCAO SIMPLES - IDA E VOLTA  | 1    |                         | 24/24h        |                       |            |

Profissionais CRM-4854 INDIRA MARTINS ALVES





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1  
Emissão 10/02/2019 22:21

|                                        |                         |                                                                                            |
|----------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Paciente: VALMIR LIMA DE OLIVEIRA      | Dt. Nasc.: 18/12/1971   | Atendimento: 56826244                                                                      |
| Convenio: HAPVIDA TERESINA             | Nº Prescrição: 20266665 | 10/02/2019 às 22:13                                                                        |
| Posto: REC EMG ADT - HRP               | Leito: /                | Prontuário: 16067761                                                                       |
|                                        | Peso: kg                |                                                                                            |
| 1. DIETA ZERO / ZERO                   | Agora                   | ate segunda ordem CRM-4854                                                                 |
| 2. TILATIL (40.00mg)                   | 40mg                    | 1 FRAP (C/40MG) Agora EV CRM-4854                                                          |
| Aqua Destilada                         | 10 ml                   |                                                                                            |
| 3. DRAMIN B6 IV (5.00mg/ml)            | 50mg                    | 10 ML (AMPL C/50MG) Agora EV CRM-4854                                                      |
| Soro Fisiologico 0,9%                  | 100 ml                  |                                                                                            |
| 4. DECADRON (4.00mg/ml)                | 10mg                    | 2.5 ML (AMPL C/4MG) Agora EV CRM-4854                                                      |
| Aqua Destilada                         | 17.5 ml                 |                                                                                            |
| 5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)          | 1000mg                  | 2 ML (AMPL C/500MG) Agora EV CRM-4854                                                      |
| Aqua Destilada                         | 18 ml                   |                                                                                            |
| 6. DIMORF AMPOLA (10.00mg/ml)          | 10mg                    | 1 ML (AMPL C/10MG) Agora EV SN CRM-4854                                                    |
| Aqua Destilada                         | 8 ml                    |                                                                                            |
| Alta vigilância                        |                         | FAZER 3 ML EV LENTAMENTO SE NAO MELHORAR DOR                                               |
| 7. SORO GLICOSADO 5% (50.00mg/ml)      | 250ml                   | 250 ML (TUBO C/50MG) Agora EV 37.00 gts/min CRM-4854                                       |
| 8. SORO FISIOLÓGICO 0,9% (0.01g/ml)    | 500ml                   | 500 ML (TUBO C/9GR) Agora EV 37.00 gts/min SF 0.9% EV LENTO 7GTS/MIN P MATER VEIA CRM-4854 |
| 9. O2 UMIDO C/ CATETER NASAL           | SN                      | CRM-4854                                                                                   |
| 10. SONDAGEM VESICAL DE DEMORA         |                         | CRM-4854                                                                                   |
| 11. CURATIVO GRANDE                    |                         | CRM-4854                                                                                   |
| 12. PUNCAO C/SCALP                     |                         | CRM-4854                                                                                   |
| 13. PUNCAO C/JELCO                     |                         | CRM-4854                                                                                   |
| 14. SINAIS VITAIS                      |                         | CRM-4854                                                                                   |
| 15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHO |                         | CRM-4854                                                                                   |
| 16. CURATIVO EXTRA GRANDE              |                         | CRM-4854                                                                                   |
| 17. SUTURA SIMPLES                     |                         | CRM-4854                                                                                   |

Profissionais CRM-4854 INDIRA MARTINS ALVES



Hospital  
**Rio Poty**

[illegible]

LÍQUIDOS

|                |                      |
|----------------|----------------------|
| CARDIOSCÓPIO X | PRESSÃO NAC          |
| SAT 0          | 100-80-100-99-100-99 |

|                    |
|--------------------|
| SAT O <sub>2</sub> |
| ETC O <sub>2</sub> |

[illegible]

Intercorrências per. op:

Ass. Anestesista - CRM

Dra. Graziela Lima  
Anestesiologista  
CRM-PI 7118/

FICHA DE ANESTESIA REF: 7



## GASTOS DO ANESTESISTA

| MEDICAMENTO                 | QTE | MEDICAMENTO                   | QTE        |
|-----------------------------|-----|-------------------------------|------------|
| ANTAK                       |     | ROCEFIN 1g                    |            |
| ADRENALINA amp              |     | RAPIFEN                       |            |
| ATLANSIL apm 150 mg/ml      |     | SEVORANE                      |            |
| ATROPINA 0,25 mg/amp        |     | SOLU-CORTEF 500 mg            |            |
| BICARBONATO DE SÓDIO amp    |     | SUFENTA ml                    |            |
| CLONIDIN 150 mg             |     | TRANSAMIN                     |            |
| CLORETO DE POTASSIO 10% amp |     | THIONEMBUTAL 0,5 mg           |            |
| CIPRO 200 mg FR             |     | TRAMAL 100 mg                 |            |
| CLEXANE 20 mg/amp           |     | TRIDIL 50 mg                  |            |
| DECADRON 4 mg FR 2,5 ml     |     | TRACRIM 25 mg/amp             |            |
| DIAZEPAN 10 mg              |     | ULTIVA 2 mg                   |            |
| DIMORF 0,2 mg/ml Amp. (1ml) |     | XILOCAÍNA amp S/AD 5 ml 2%    |            |
| DIMORF 10 mg                |     | XILOCAÍNA C/A 2% ml           |            |
| DIPRIVAN amp 20 ml          |     | XILOCAÍNA PESADA 5% amp       |            |
| DIPRIVAN seringa 50 ml PFS  |     | XILOCAÍNA S/A 2% ml           |            |
| DIPIRONA amp                |     | XILO-GEL                      |            |
| DRAMIN B6 DL IV             |     |                               |            |
| DOLANTINA amp               |     |                               |            |
| DOPAMINA                    |     |                               |            |
| DORMONID 15 mg/amp          |     |                               |            |
| DOBUTREX amp                |     |                               |            |
| EFORTIL amp                 |     |                               |            |
| ERGOTRATE 0,2 mg/amp        |     |                               |            |
| ESMERON                     |     |                               |            |
| FLAGYL 500 mg               |     | <b>SORO</b>                   | <b>QTE</b> |
| FENTANIL amp                |     | SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml  |            |
| GLUCONATO DE CALCIO         |     | SORO-GLUCOSADO 0,5% 500 ml    |            |
| FORANE                      |     | SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 250 ml  |            |
| HIDROCORTIZONA 500 mg       |     | SORO-GLICO-FISIOLÓGICO 500 ML |            |
| HALOTHANO                   |     | SORO RINGER LACTATO 500 ml    |            |
| HEPARINA                    |     | SOL. MANITOL 20% 250 ml       |            |
| HYPNOMIDATE 2 mg/ml         |     | FRUTOSE                       |            |
| INOVAL amp                  |     | VOLUVEN                       |            |
| IPILON 1g                   |     |                               |            |
| KEFAZOL fr/amp              |     | <b>SANGUE / HEMODERIVADOS</b> | <b>QTE</b> |
| KEFLIN amp                  |     | PLASMA                        |            |
| KETALAR ml                  |     | SANGUE                        |            |
| LANEXAT amp                 |     | PAPA DE HEMÁCIAS              |            |
| LASIX amp                   |     | ALBUMINA                      |            |
| MARCAÍNA C/A 0,5% amp       |     |                               |            |
| MARCAÍNA PESADA amp         |     |                               |            |
| MARCAÍNA S/A 0,5% amp       |     |                               |            |
| METHERGIN amp               |     | <b>MATERIAIS DESCARTÁVEIS</b> | <b>QTE</b> |
| NILPERIDOL amp              |     | CATER VENOSO                  |            |
| NIMBIUM 10 mg               |     | EXTENSOR                      |            |
| NAUSEDRON 8 mg              |     | EQUIPO DE SORO                |            |
| NARCAN amp                  |     | SONDA ASPIRAÇÃO               |            |
| NAROPIN amp                 |     | SONDA TRAQUEAL                |            |
| NIPRIDE amp                 |     | AGULHA P/ PERIDURAL           |            |
| NORADRENALINA               |     | SONDA NASOGÁSTRICA            |            |
| NORCURON                    |     | AGULHA P/ RAQUE               |            |
| NUBAIN amp                  |     | TORNEIRA TRÊS VIAS            |            |
| OMEPRAZOL 400 mg FR         |     | EQUIPO DE BOMBA               |            |
| ORASTINA amp 5 UI/ml        |     | EQUIPO DE BOMBA FOTO          |            |
| PAVULON amp                 |     | AGULHA STIMOPREX              |            |
| PLAMET amp                  |     |                               |            |
| PLASIL amp                  |     |                               |            |
| PROFENID IV                 |     |                               |            |
| PROSTIGMINE amp 0,5 mg      |     |                               |            |
| QUELIGIN 100 mg/ vd         |     |                               |            |
| PROTAMINA                   |     |                               |            |

Assinatura do Anestesista - CRM

Justificativa Médica

FICHA DE ANESTESIA REF: 74411



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 17/01/2020 10:53:58  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011710535743800000007561934>  
 Número do documento: 20011710535743800000007561934

Num. 7914772 - Pág. 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

11/02/2019 22:22

|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VALMIR LIMA DE OLIVEIRA                                                                   | Dt. Nasc.: 18/12/1971                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Atendimento: 56852631 | Prontuário: 16067761 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA                                                                          | Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Leito: SL-1/1         |                      |
| Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO, MÉDICO, CRM 5047 [1] Nº: 33845566 11/02/2019 às 22:10 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                      |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                      |
| Diagnóstico Clínico                                                                                 | S721                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       | [1]                  |
| Diagnóstico Cirúrgico                                                                               | S721 FRATURA PERTROCANTERICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       | [1]                  |
| <b>ANESTESIA</b>                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                      |
| Hora De Início                                                                                      | 19:50                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       | [1]                  |
| Hora De Término                                                                                     | 21:50                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       | [1]                  |
| <b>DADOS DA CIRURGIA</b>                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                      |
| Data Da Cirurgia                                                                                    | 11/02/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       | [1]                  |
| Hora Da Cirurgia                                                                                    | 19:50                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       | [1]                  |
| Cirurgia                                                                                            | OSTEOSSINTESE FEMUR DIREITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       | [1]                  |
| Cirurgião                                                                                           | DR MÁRCIO BATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       | [1]                  |
| Descrição Cirúrgica                                                                                 | 1- PACIENTE EM MESA DE TRAÇÃO SOB RAQUIANESTESIA<br>2-ASSEPSIA, ANTISSEPSSIA, CAMPOS ESTEREIS<br>3- REDUÇÃO INCRUENTA SOB CONTROLE RADIOLOGICO<br>4-VIA DE ACESSO NA RGIAO GLETEA PARA ACESSO AO TROCANTER<br>5-OSTEOTOMIA DO TROCANTER, FRESAGEM DO CANAL<br>6-PASSAGEM DE HASTE CEFALOMEDULAR LONGA<br>7-BLOQUEIOS PROXIMAIS E DISTAIS E TAMPÃO DE HASTE<br>8-CONTROLE RADIOLOGICO<br>9-SUTURAS E CURATIVO |                       | [1]                  |
| Códigos Dos Procedimentos                                                                           | 30725127-30723086                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       | [1]                  |

Dr. Márcio Batista de Carvalho  
CRM 5047  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT



# REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

12/02/2019 06:15

|                                                                                                 |                       |                       |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VALMIR LIMA DE OLIVEIRA                                                               | Dt. Nasc.: 18/12/1971 | Atendimento: 56852631 | Prontuário: 16067761 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA                                                                      | Posto: POSTO 2A - HRP | Leito: 202-RP/2       |                      |
| Profissional(is): LUZIA FAUSTINO ANDRADE CORREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM.<br>COREN/4808901S [1] | Nº: 33851088          | 12/02/2019            | às 02:12             |

| DADOS DO PACIENTE                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|
| PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |
| PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |
| PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |
| Hora                               | 02:00hrs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | [1] |
| Hora                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |
| Descrição                          | Recebo paciente nesse POSTO 2 procedente do C.C para tratamento de FRATURA DE FEMUR com HID de POLITRAUMATISMO causada por acidente automobilístico, apresentando multiplas escorições, consciente, orientado, receptivo ao dialogo, afebril, eupenico, respirando AA sem aporte de O2, SSVV estaveis, em HV por AVP em MSE funcionante sem sinais flogisticos, eliminações fisiológicas presentes e espontâneas, segue em repouso no leito aos cuidados da equipe. |  | [1] |
| Hora                               | 04:00hrs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | [1] |
| Hora                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |
| Descrição                          | Realizado medicação de horário CEFAZOLINA SODICA 1g+10ml de AD EV, PROFENID IV 100mg+100ml DE SORO FISIOLÓGICO EV, DAPIRONA AMP, 1000mg 2ml+18ml de AD EV, TRAMADOL 100mg 2ml+100ml de soro fisiológico EV, PLAMET 10mg 2ml+18ml de AD EV.                                                                                                                                                                                                                          |  | [1] |
| Hora                               | 06:00hrs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | [1] |
| Hora                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |
| Descrição                          | Verificado SSVV segue estaveis, paaciente evolui sem queixas algicas no momento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | [1] |
| CUIDADOS DE ENFERMAGEM             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |

LUZIA FAUSTINO ANDRADE CORREIRA  
COREN-PR 480.890-TE

