



## **ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA**

Rosimar Sena Castelo Branco Lira  
rua: Senador Teodoro Pacheco, nº 988, 6º andar,  
sala 610, Edifício Palácio do Comércio - 988031370  
Fone: (0\*\*86) 3222-7464/9943 3124 - 9462-9918/998181041  
advtrabalhista\_pi@hotmail.com

## **PROCURAÇÃO AD JUDICIA**

**FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO**, brasileiro, solteiro, portador da Identidade sobre o n. 5000222- SSP-PI, CPF de nº. 600.462.003.39, residente e domiciliado na Av. Zequinha Freire, n. 4772, bairro Satellite, Teresina- PI,

Nomeia e constitui seus bastantes procuradores: **ROSIMAR SENA CASTELO BRANCO LIRA, CONCEIÇÃO DE MARIA DA SILVA MOREIRA, LEILA THAMARA DA CRUZ BISPO**, advogados, brasileiros, inscritos regulamente na OAB/PI, respectivamente, sob nº. 15.086, n. 1824, n. 15.409 estagiários, **VICTOR CASTELO BRANCO LIRA**, sobre o numero 04430-E, com endereço profissional no timbre, onde receberá as intimações de estilo, com amplos e ilimitados poderes para o juízo em geral, propor em seu (s) nome (s) em conjunto ou separadamente, acompanhar em qualquer ação que lhe seja proposta em conjunto ou separadamente, acompanhar (em) processos trabalhistas, cíveis, criminais, administrativos e inquéritos policiais, podendo também requerer os mesmos, confessar, transigir, desistir, receber citação e outras firmar compromissos, prestar declarações de quitação, fazer composição amigável, recorrer e apelar de sentenças e despachos e especialmente para, inclusive, substabelecer uma ou mais vezes, com ou sem reserva de poderes, total ou parcialmente, praticarem todos os atos judiciais ou extrajudiciais que se fizerem necessários para o firme e valioso cumprimento deste instrumento particular de mandato, substabelecer, inclusive.

Teresina, 31 de outubro de 2018.

*FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO*

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO  
Sinistro: 3180431676  
Vítima: FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO  
Data do Acidente: 10/07/2016  
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180431676** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora

**LÍDER**

Administradora do Seguro DPVAT

## DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

B1343677375BR



FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO  
AVENIDA ZEQUINHIA FREIRE, 4772  
VALE QUEM TEM  
CEP 64057-310 - TERESINA - PI

Administradora do Seguro DPVAT

**LÍDER**

Seguradora





© 2001 by John Wiley & Sons, Inc.

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO**

Nº Sinistro: **3180431676**

Vítima: **FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: **10/07/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180431676**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO

Nº Sinistro: 3180431653

Vítima: FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 10/07/2016

Cobertura: DAMS

~~Assunto: AVISO DE SINISTRO~~

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o número de sinistro **3180431653**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias**, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





NOME/ENDEREÇO  
MORADOR FRANCISCO MARQUES DA SILVA  
AVE ZEQUINHA FREIRE, 4772-VALE QUEM TEM-TERESINA-PA

LOCALIZAÇÃO  
014-00013-007560

GRUPO 014  
NÚMERO DO HIDRÔMETRO A04L700409

| HISTÓRICO DE CONSUMO | MÊS / ANO | TIPO   | LIDO | FATURADO |
|----------------------|-----------|--------|------|----------|
| 06/2018              | 03        | Normal | 00   | 10       |
| 07/2018              | 08        | Normal | 11   | 10       |
| 08/2018              | 11        | Lido   | 19   | 10       |
| 09/2018              | 01        | Lido   | 61   | 20       |
| 10/2018              | 00        | Lido   | 00   | 10       |

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA  
1 Residencial - Normal

DATA LEITURA  
ANTERIOR 22/08/2018 1021  
ATUAL 21/09/2018 1021

CONSUMO MÊS M3 10

LEI 12.741/2012  
PIS/PASEP 26,51 \* 1,65% = 0,43  
COFINS 26,51 \* 7,60% = 2,01

| TABELA DE TARIFAS |                               |           |
|-------------------|-------------------------------|-----------|
| RESIDENCIAL       | FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%) |           |
| 0                 | 10                            | 2,5510 50 |
| 10                | 25                            | 4,9400 50 |
| 25                | 9999999                       | 0,5300 50 |

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA  
VALOR REFERENTE AGUA - 26,51  
> Residencial-Normal 10,0 m3 26,51

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

VENCIMENTO 03/10/2018

TOTAL A PAGAR 26,51

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM  
INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE AGUA PODERA SER MODIFICADA  
CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADROES.

### NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

### CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

| PARÂMETROS    | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO  |
|---------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|------------------|
| GLOBO LIVRE   | 3.290               | 3.290                    | 0                           | 1,27        | 0,20-5,00 mg/L   |
| ODOR APARENTE | 3.349               | 3.061                    | 288                         | 8,46        | Inferior a 15,00 |
| PH            | 3.353               | 3.341                    | 12                          | 6,90        | 6,00-9,50        |
| TURBIDEZ      | 3.349               | 3.160                    | 189                         | 2,08        | Inferior a 5,00  |

### CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

| PARÂMETROS        | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|-------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| COLIFORMES TOTAIS | 905                 | 892                      | 13                          | Ausencia    | Ausente         |
| ESCHERICHIA COLI  | 905                 | 905                      | 0                           | Ausencia    | Ausente         |

DATA DA EMISSÃO: 21/09/2018  
HORA DA EMISSÃO: 12:43





AIH : 221610145049-7  
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

16/7/2016  
Grão Emissor: H221100001

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTOR: DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO

D.LIBERA: 29/07/2016  
PROCED.: 0303040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO  
OP.SIST: WELLINGTON  
CID: S068

Dr. Marcos Aurélio P. de A. Veranda  
Médico Auditor Interno - HUT  
CRM-PI: 30981

NASCIMENTO  
19/06/1992

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:  
**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA -**

3-Nome do estabelecimento executante:  
**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

5828856

16/7/2016

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|           |                                                           |                 |               |         |           |         |                 |
|-----------|-----------------------------------------------------------|-----------------|---------------|---------|-----------|---------|-----------------|
| 5-Nome:   | FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO                          | 6 - Prontuário: | 312400        |         |           |         |                 |
| 7-CNS:    | 703005811488474                                           | 8-Nascimento:   | 19/06/1992    | 9-Sexo: | Masculino | RG:     | 5000222 - SSPMA |
| 11-Mãe:   | ANTONIA VIEIRA DA SILVA                                   | 12-Fone:        | 86- 9443-7348 |         |           |         |                 |
| 13-Resp:  | IZABEL CRISTINA DA SILVA                                  | 14-Cor:         | Branca        |         |           |         |                 |
| 15-Ender: | AV ZEQUINHA FREIRE N 4772 - VLE QUEM TEM - CEP: 64000-010 |                 |               |         |           |         |                 |
| 16-Munic: | TERESINA                                                  | 17-Cod.IBGE:    | 221100        | 18-UF:  | PI        | 19-CEP: | 64000-010       |

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente com dor aguda e  
epitaxia.

21 - Condições que justificam a internação:

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Outros traumatismos intracranianos

24-CID Prim: S068

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                              |                                                                     |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 25-Cod.Proced.:                              | 27-Procedimento Solicitado:                                         |
| 0303040092                                   | TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO) |
| 29-Clinica:                                  | 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:                 |
|                                              | 02 01 CPF 963.249.613-20                                            |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: | 34-Data Solicitação:                                                |
| ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA                 | 11/07/2016                                                          |

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                                                                            |                     |                  |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|----------|
| 36-( ) Acidente de Trânsito                                                                | 39-CNPJ Seguradora: | 40-Nº. Registro: | 41-Data: |
| 37-( ) Acidente Trabalho Típico                                                            | 42-CNPJ Empresa:    | 43-CNAE Empresa: | 44-UF:   |
| 38-( ) Acidente Trabalho Trajeto                                                           |                     |                  |          |
| 45 - Vínculo com a Previdência:                                                            |                     |                  |          |
| ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado |                     |                  |          |

## AUTORIZAÇÃO

|                                                                                                          |                      |                                          |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------|--------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                                                                   | 47-Data Autorização: | 48-Documento:                            | 49-Num. Documento: |
|                                                                                                          | 29/07/16             |                                          |                    |
| 50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):                                                                          |                      | 51 - Assinatura Paciente ou Responsável: |                    |
| José Gonçalves Cordeiro Filho<br>Médico Auditor DRC/AVSMS<br>CPF: 025.500.753-15<br>CNS: 203833990330003 |                      |                                          |                    |
| Usuário: (MATRIZ VAG)                                                                                    |                      | Consulta Local: (VAG)                    |                    |
| Consulta SUS:                                                                                            |                      |                                          |                    |





## PRESCRIÇÃO MÉDICA



ॐ

[illegible]



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820, Redenção - Fone: 86.3229 4872

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO** (Prontuário: 312400)  
Endereço: AV ZEQUINHA FREIRE N 4772 - VLÉ QUEM TEM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 19/08/1992 Idade: 24a:2m:6d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 555685  
Requisição: 654857 Solicitação: 11/07/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA  
Controle: 819781 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SJA: 0204020069

Data Exame: 11/07/2016

**COLUNA LOMBAR**

O estudo radiológico da coluna lombar foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- EIXO LONGITUDINAL DA COLUNA LOMBAR SEM DESVIO PATOLÓGICO.
- CORPOS VERTEBRAIS DE FORMA, DENSIDADE E ALTURA CONSERVADOS.
- ESPAÇOS DISCAIS PRESERVADOS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS, PEDÍCULOS E LÂMINAS SEM ALTERAÇÕES

CONCLUSÃO: Exame normal

(IRANDI SILVA)

TERESINA-PI 25/08/2016

**WILSONNEY HOLANDA LEAL**

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO** (Prontuário: 312400)  
 Endereço: AV. ZEQUINHA FREIRE N. 472 - VILA QUEM TEM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 19/06/1992 Idade: 24a 2m 6d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG. Atendimento: 555685  
 Requisição: 654857 Solicitação: 11/07/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA  
 Controle: 819782 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Data Exame: 11/07/2016

Cod. SIA: 0204060095

### BACIA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA.  
 os seguintes aspectos observados:

- Extremidades ósseas e superfícies articulares sem anormalidades.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/08/2016

**WILSONNEY HOLANDA LEAL**  
 CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062  
 Profissional Responsável





## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Lima 1320 - Redenção - Fone: 86 3229.4872  
 TERESINA - PI CEP: 64000-770 - CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO** (Prontuário: 312400)  
 Endereço: AV ZEQUINHA FREIRE N 4772 - VLE QUEM TEM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 19/06/1992 Idade: 24a:1m:22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 555685  
 Requisição: 654858 Solicitação: 11/07/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA  
 Controle: 819783 Convênio: SUS

## RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 11/07/2016

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

## RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALCAL PARIETAL POSTERIOR BILATERAL.
- FRATURA TEMPORO-PARIETAL ESQUERDA COM EXTENSÃO PARA A MASTÓIDE.
- PNEUMOENCEFALO FRONTAL DIREITO.
- HEMATOMA SUBDURAL AGUDO TEMPORO-OCCIPITAL ESQUERDO COM GAS DE PERMEIO.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS FRONTAIS E TEMPORAIS A DIREITA.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

## OBS:

- FRATURA NA PAREDE LATERAL DO SEIO ESFENOIDAL ESQUERDO.
- HEMOSSÍNUS ESFENOIDAL

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 11/07/2016

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO** (Prontuário: 312400)  
Endereço: AV. ZEQUINHA FREIRE N. 4772 - VILA QUEM TEM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 19/06/1992 Idade: 24a 1m 22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 555685  
Requisição: 654858 Solicitação: 11/07/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA  
Controle: 819784 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 11/07/2016

**T.C. DE FACE**

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO. EVIDENCIOU:

- FRATURA NA PAREDE LATERAL DO SEIO ESFENOIDAL ESQUERDO.
- HEMOSSÍNUS ESFENOIDAL.
- SEIOS MAXILARES, FRONTAIS E SEIO ESFENOIDAL COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULAS ETMOIDAIAS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIAS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 11/07/2016

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Ovídio Filho 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA - PI CEP: 64011-770 - CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO** (Prontuário: 312400)  
 Endereço: AV ZEQUINHA FREIRE N 4772 - VLE QUEM TEM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 19/06/1992 Idade: 24a:1m:24d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 167204  
 Requisição: 655698 Solicitação: 13/07/2016 Solicitante: MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS  
 Controle: 820768 Convênio: SUI S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 216 EXTRA 002

**RELATÓRIO:**

Data Exame: 13/07/2016

Cod. SIA: 0206010079

**T.C. DE CRANIO**

**TÉCNICA DO EXAME:** foram realizados cortes tomográficos axiais paralelos a linha órbito meatal antes e após administração endovenosa de contraste.

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL PARIETAL POSTERIOR BILATERAL.
- FRATURA TÊMPORO-PARIETAL ESQUERDA COM EXTENSÃO PARA A MASTÓIDE.
- HEMATOMA SUBDURAL AGUDO TÊMPORO-OCCIPITAL ESQUERDO COM GÁS DE PERMEIO.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS SUBAGUDA FRONTAIS E TEMPORAIS A DIREITA.
- APAGAMENTO PARCIAL DOS CORNOS ANTERIORES DOS VENTRÍCULOS LATERAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

**OBS:**

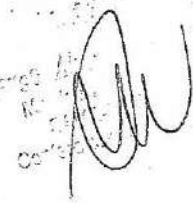
- FRATURA NA PAREDE LATERAL DO SEIO ESFENOIDAL ESQUERDO.
- HEMOSSÍNUS ESFENOIDAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 13/07/2016

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353  
 Profissional Responsável







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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003047/2018-20**

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

Data/Hora: 29/08/2018 - 10:02

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. ZEQUINHA FREIRE, Nº:

Complemento

Data/Hora

10/07/2016 - 22:00

Bairro

VALE QUEM TEM

Ponto de Referência

REMELEXO DO FORRÓ

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO

RG: 5000222 PI

Mãe: ANTONIA VIEIRA DA SILVA

Endereço: AV. ZEQUINHA FREIRE, Nº 4772

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

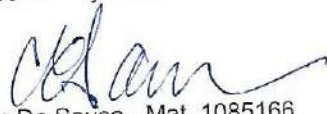
**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN ES, PLACA NIS-5337-PI, COR PRETA, RENAVAM 336722648, PROP. DE FRANCISCO MARQUES DA SILVA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 312400). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

  
Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

  
FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO MARQUES DA SILVA,

RG nº 138.238, data de expedição 19/04/13,

Órgão SSPI, portador do CPF nº 066.360.043-04, com

domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

ALZEUINHA FREIRE, nº 4772

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO cujo o condutor era

FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES

Ano: 2011

Placa: KL5-5337

Chassi: 9C2JC4120BR724499

Data do Acidente: 10/07/2016

Local e Data: TERESINA 28/08/2018

Francisco Marques da Silva  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis - 3ª Circunscrição - Teresina - Piauí  
Teresina-PI - CEP 64.048-502 / fone: (085) 3334-2199 email: cartoriothpi@gmail.com  
Bel. Mariana de Oliveira Sousa - Tabela nº 303/2017 - P.J. RICC/EXPCGJ Teresina-Piauí

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO MARQUES DA

SILVA  
EM TEST. DA DA VERDADE. DOU FÉ. TERESINA, 28/08/2018 15:03:03

SELO  
Glaucia Silva Malta - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
Emol. R\$ 3,71 TJ: R\$ 0,74 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,71  
Portaria nº 3003/2017 - P.J. RICC/EXPCGJ



Glaucia Silva Malta  
Escrivente Autorizada

do Consórcio do Seguro DPVAT S.A  
www.seguradoralider.com.br  
Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower  
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Rio de Janeiro, 02/08/2018  
DPVAT/SIN - 08411/2018

Para: FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO  
AV. ZEQUINHA FREIRE, N. 4772  
VALE QUEM TEM  
TERESINA - PI  
64057-310

REF: DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS - PROJETO CORREIOS  
SEDEX Nº DY 324848545 BR

Prezado(a) Senhor(a),

Foram protocolados nos Correios documentos relativos ao acidente ocorrido com o(a) Sro(a). FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO, porém para que possamos efetuar o cadastramento do sinistro é necessário apresentar

**- Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia autenticada e legível)**

Estamos devolvendo todos os documentos e após a regularização da pendência, toda a documentação deverá nos ser encaminhada para o devido cadastramento e análise.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT

MCSF

Anexo: conf. texto



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A  
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br  
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower  
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Rio de Janeiro, 02/08/2018  
DPVAT/SIN - 08411/2018

Para: FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO  
AV. ZEQUINHA FREIRE, N. 4772  
VALE QUEM TEM  
TERESINA - PI  
64057-310

REF: DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS - PROJETO CORREIOS  
SEDEX Nº DY 324848545 BR

Prezado(a) Senhor(a),

Foram protocolados nos Correios documentos relativos ao acidente ocorrido com o(a) Sro(a). FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO, porém para que possamos efetuar o cadastramento do sinistro é necessário apresentar

**- Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia autenticada e legível)**

Estamos devolvendo todos os documentos e após a regularização da pendência, toda a documentação deverá nos ser encaminhada para o devido cadastramento e análise.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT

MCSF

Anexo: conf. texto



513.0  
30/04

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTALIDADE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
  - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
  - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
  - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
  - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
  - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) \_\_\_\_\_  
Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Assinatura Francisco Marques da Silva Filho  
Data \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) ACF TSP LESTE  
Atendente RAQUEL BARBOSA DA SILVA Matrícula 8930889130  
Data: 18/07/18 Assinatura Raquel Barbosa da Silva

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO  
DATA DO ACIDENTE 10/07/16 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 600.462.003-39

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recetuais médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)



513.0  
30/04

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPCAO DE DOCUMENTOS

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTALIDADE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
  - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
  - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
  - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
  - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
  - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
  - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
  - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) \_\_\_\_\_  
Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Assinatura de Francisco Marques da Silva Filho  
Data \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELA RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) ACF TSP LESTE  
Atendente RAQUEL BARBOSA DA SILVA Matrícula 8930889130  
Data: 18/07/18 Assinatura Raquel Barbosa da Silva

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO  
DATA DO ACIDENTE 10/07/16 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 600.462.003-39

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recetuais médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)





Estado do Piauí  
**Prefeitura Municipal de Teresina**  
 Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

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



**SAMU 192**

Dados do Chamado

01 Nº. do chamado 1746 02 Data do chamado 10/07/2016 03 PRO (código) 2859 04 Saída do PA HUT 05 Chegada ao local 22:56  
 06 Saída do local 22:55 07 Chegada ao 1º. hospital 23:10 08 Saída do 1º. hospital    09 Chegada ao 2º. hospital   

Local da Ocorrência

10 Endereço AV. ZACARIAS FREIRE VIA MARIA I 12 Município-UF TERESINA-PI Código IBGE     
 11 Bairro VALE QUEM TEM 13 Ponto de referência REMELEDO DO FONTO 15 Sexo ☒ 1 - Masculino ☐ 2 - Feminino ☐ 9 - Ignorado

Dados do Paciente

14 Nome FRANCISCO MARQUES DA SILVA FILHO 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado  
 16 Idade 24 1 - Dia 2 2 - Mês 07 3 - Ano 1992 Se idade ignorada, preencha com 999

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência  
☒ 01 - Acidente de transporte  
☐ 02 - Agressão física-espandimento  
☐ 03 - Agressão física-FAF  
☐ 04 - Agressão física-FAB  
☐ 05 - Urgência psiquiátrica  
☐ 06 - Tentativa de suicídio  
☐ 07 - Envenenamento  
☐ 08 - Afogamento  
☐ 09 - Queimadura  
☐ 10 - Choque elétrico  
☐ 11 - Queda  
☐ 12 - Urgência clínica  
☐ 13 - Urgência obstétrica  
☐ 14 - Transferência  
☐ 15 - Exames complementares  
☐ 16 - Outros  
☐ 17 - Já removido  
☐ 18 - Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vítima ☒ 2 - Condutor ☐ 3 - Passageiro ☐ 9 - Ignorado  
 20 Meio de locomoção ☒ 1 - Apê ☐ 2 - Automóvel ☐ 3 - Motocicleta ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 6 - Outro ☐ 9 - Ignorado  
 21 Outra parte envolvida ☐ 1 - Automóvel ☐ 2 - Motocicleta ☐ 3 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Objeto fixo ☐ 6 - Animal ☐ 7 - Outra ☐ 9 - Ignorado  
 22 Equipamentos de segurança ☒ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 15 RESPOSTA VERBAL  
 ABERTURA OCULAR  
☒ 4 - Espontânea  
☐ 3 - À voz  
☐ 2 - À dor  
☐ 1 - Nenhuma  
☐ 5 - Orientada  
☐ 4 - Confusa  
☐ 3 - Palavras inapropriadas  
☐ 2 - Palavras incomprensíveis  
☐ 1 - Nenhuma  
 RESPOSTA MOTORA  
☐ 6 - Obedece a comandos  
☐ 5 - Localiza dor  
☐ 4 - Movimento de retirada  
☐ 3 - Flexão anormal  
☐ 2 - Extensão anormal  
☐ 1 - Nenhum  
 24 Sinais Vitais  
 Pulso 93  
 Resp. 20  
 PA 119/70  
 TAX. 97%  
 25 Local da lesão

Assistência

26 Pupilas ☒ 1 - Iguais ☐ 2 - Desiguais  
 27 Pulso Radial ☒ Central ☐  
☐ 1 - Cheio ☐ 2 - Fino ☐ 3 - Ausente  
 28 Sangramento ☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não  
 29 Dor ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito  
 30 Fratura ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito  
 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)  
☐ Aspiração ☒ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades  
☐ Oxigênio ☒ Calor cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar  
☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica  
☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a)    b)    c)     
☐ Não Removido

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino HUT  
 33 Condições de entrada ☐ 1 - Melhorado ☐ 2 - Piorado ☐ 3 - Inalterado  
 34 Óbito ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

Vítima de acidente de trânsito com suspeita de TCE, com sangramento no tórax e dor torácica. Acompanhado da mãe.

Responsável pela recepção

Socorristas  
 Médico     
 AE/TE Vitoria Maria Pereira de Sousa

Enfermeiro     
 Condutor HERMES



EMPREENDIMENTOS FARMACEUTICOS GLOBO LTDA  
 RUA JOAO ANTONIO LEITAO, 4500 - MORADA DO SOL  
 FONE: (86) 3235-9579 \*\* TERESINA - PIAUI \*\*  
 CNPJ: 03.508.007/0011-18  
 IE: 9.445.114-5  
 IM: 081.068-1  
 22/07/2016 16:20:32 CCF: 293086 CDD: 499771  
**CUPOM FISCAL**  
 ITEM CODIGO D DESCRICAO QTD UN VL UNIT (R\$) ST VL ITEM (R\$)  
 001 7896185 309084 HIDANTAL 100MG 25 CPR (CT)  
 4UN x 9,70 F1 38,80  
 desconto -3,49 35,31  
 TOTAL R\$ 35,31  
 Dinheiro 55,31  
 TRACO R\$ 20,00  
 MD: 49C3473020AF738FC8786A9AC9920AEE PV00003133  
 84

JOAO ECONOMIZOU R\$ 3,49  
 Atendido por: TERESA CRISTINA DA SILVA  
 Valor total: 176  
 NRE: 000140778GAR 5THPT19 RN59008 70J539TP1MCH  
 DE: MTECH MF-4000 TH FI ECF-IF  
 VE: SAD: 01.01.02 FCF: 003 LJ: 0011  
 DD: 0000000Y (RIUPRW 22/07/2016 16:21:09  
 FAX: BE09111100011263382

BR

|                                                           |                                           |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NAO CONFORME                 |                                           |
| <input type="checkbox"/>                                  | BO em cópia simples                       |
| <input checked="" type="checkbox"/>                       | Comprovante de despesas médicas em cópias |
| <input type="checkbox"/>                                  | Certidão de Óbito em cópia simples        |
| <input type="checkbox"/>                                  | Laudo de IML em cópia Simples             |
| Solicitar documento assinalado conforme Guia de Regulação |                                           |
| Seguradora Líder - DPVAT                                  |                                           |



EMPREENDIMENTOS FARMACEUTICOS GLOBO LTDA  
 RUA JOAO ANTONIO LEITAO, 4500 - MORADA DO SOL  
 FONE: (86) 3235-9579 \*\* TERESINA - PIAUI \*\*  
 CNPJ: 03.508.007/0011-18  
 IE: 9.445.114-5  
 IM: 081.068-1  
 22/07/2016 16:20:32 CCF: 293086 CDD: 499771  
**CUPOM FISCAL**  
 ITEM CODIGO D DESCRICAO QTD UN VL UNIT (R\$) ST VL ITEM (R\$)  
 001 7896185 309084 HIDANTAL 100MG 25 CPR (CT)  
 4UN x 9,70 F1 38,80  
 desconto -3,49 35,31  
 TOTAL R\$ 35,31  
 Dinheiro 55,31  
 TRACO R\$ 20,00  
 MD: 49C3473020AF738FC8786A9AC9920AEE PV00003133  
 84

JOAO ECONOMIZOU R\$ 3,49  
 Atendido por: TERESA CRISTINA DA SILVA  
 Valor total: 176  
 NRE: 000140778GAR 5THPT19 RN59C08 70J539TP1MCH  
 DE: MTECH MF-4000 TH FI ECF-IF  
 VE: SAD: 01.01.02 FCF: 003 LJ: 0011  
 DD: 0000000000000000 22/07/2016 16:21:09  
 FAX: BE09111100011263382

BR

|                                                           |                                           |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NAO CONFORME                 |                                           |
| <input type="checkbox"/>                                  | BO em cópia simples                       |
| <input checked="" type="checkbox"/>                       | Comprovante de despesas médicas em cópias |
| <input type="checkbox"/>                                  | Certidão de Óbito em cópia simples        |
| <input type="checkbox"/>                                  | Laudo de IML em cópia Simples             |
| Solicitar documento assinalado conforme Guia de Regulação |                                           |
| Seguradora Líder - DPVAT                                  |                                           |





1º Via - Farmácia    2º Via - Paciente

05.522.917/0022-02

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - DR. ZENON ROCHA**  
Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Bairro Redenção - Teresina-Pi CEP: 64.017-775  
Fone: (86) 3229-4776 / 3229-4247

Paciente: Francisco Marcos de la Cruz

**Endereço:**

Prescrição:

① Fertile 100% ——— 180 comp

Truman I p. in vol 8122

② Tyflex 300 ————— 10x  
Turner 1.0, var. 18h no det

Date: 22 07 16

Assinatura do Médico • CRM

Identificação do Fornecedor

Identificação do Comprador

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG: 23 : Org. Emissor:

End. completo: 12. 6. 1972

Telephone:

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Farmacêutico

Data: / /

MOD. 085

```

..
EMPREENCIMENTOS FARMACEUTICOS GLOBO LTDA
RUA JOAO ATONIO LEITAO, 4500 - MURADA DO SOL
CONE: (86) 3235-9579 ** TERESINA - PIAUI **
CN 1: 63.505 007/0011-18
IE 9.445.114-5
IM 081.068-1
22 07/2018 15:41:12 CCF: 293078 CUD: 499754

CUPOM FISCAL
ITEM CODIGO D DESCRICAO QTD UN VL UNLT (R$) ST VL ITEM (R$)
00 789618 309084 HIDANTAL 100MG 25 CPR (A1) CR
SUN 9,70 FI 29,10G
de conta -2,62 26,43
00 789621 12123484 TYLEX 30MG 24 CPR (A2) CR
SUN 58,09 FI 58,09G
de conta -5,23 52,86
00 789732 550015 DIFIDOR GOTAS 10ML (SOBRAL CR
SUN 2,27 FI 6,81G
de conta -0,41 6,40
TD AL R$ 85,74
Diheiro 90,00
TR KO R$ 4,26
MD 1: 49C3473020AF738FC5786A9AC9920AEE PV00003133
78

```

VOI ECONOMICU R# 8.26  
Atendido por : KATIANE MAYRA MESQUITA FEITOSA  
Verificador : 176  
TI INJUN G 7A 2581V EXCL INT F9JFE4JA 47R3GAT8C0G  
BE HTECH MF 4000 TH F1 LCF-IF  
VF 2AII:01 C.02 ECT:003 LJ:0011  
Q2 0000001186PWR1 22/07/2016 15:41:56  
FAJ BE0911110001126382

# Receituário Controle Especial

1ª Via - Farmácia 2ª Via - Paciente

Identificação do Emissor

05.522.917/0022-02

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - DR. ZENON ROCHA  
Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Bairro Redenção - Teresina-PI CEP: 64.017-775  
Fone: (86) 3229-4776 / 3229-4247

Paciente: Francine Marques do Filho Junior

Endereço: \_\_\_\_\_

## Prescrição:

① Fenitena 100mg un oral 180 comp  
Tomar 1 p un oral 818h  
② Tylen 300 1 cx  
Tomar 1 p un oral 818h ou dor

Data: 22/07/16

Assinatura do Médico - CRM

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MOD. 085



# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

**dm**  
 Diagnóstico Médico por Imagem  
 Rua Álvaro Mendes, 2256  
 Centro • Teresina - Piauí  
 Fone/Fax: (86) 3221-0099  
 Insc. Mun. 078.501-6  
 CNPJ(MF): 02.899.955/0001-58

1ª Via - Farmácia  
 2ª Via - Paciente

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo e assinatura  
 do médico

Paciente: Roberto Marques do Alencar Filho

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

1 - Prescrição de 100mg - 3x

tomar 1x 100mg  
2 vezes

Gervan Borges da Silva  
 NEUROLOGISTA  
 CRM-P 4180

Data: 13, 9, 17

Assinatura do Médico

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End. completo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_