



MAILANNY DANTAS
Advocacia e Consultoria Jurídica

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: NOME <u>Raimundo Cruz da Silva</u>	
, nacionalidade <u>Brasileira</u>	
estado civil <u>Casado</u>	profissão <u>Apresentador</u> , portador
do RG sob nº <u>753.434</u>	inscrito no CPF sob nº <u>288.236.023-20</u>
residente e	domiciliado <u>Rua Nelson Romão 058</u>
<u>301 B-Urbano.</u>	
Cidade <u>Regeneração</u>	
UF <u>Piauí</u> , telefone	CEP <u>64.490.000</u>

OUTORGADO: MAILANNY SOUSA DANTAS, brasileira, solteira, advogada regularmente inscrita na seccional piauiense da Ordem dos Advogados do Brasil, OAB-PI nº 14.820, com endereço profissional na Avenida Barão de Gurguéia, bloco 15, apartamento 401, Condomínio Dom Avelar, nº 3.601, bairro Tabuleta, email: adv.mailannydantas@gmail.com, CEP: 64.018-901, Teresina - PI.

PODERES:

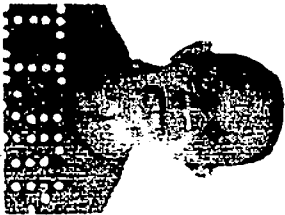
Para atuação judicial e extrajudicial, em especial os inerentes a cláusula "*Ad Judicia et extra*", a fim de que possa atuar em qualquer Juízo, Tribunal, órgãos ou instâncias administrativas, agindo em seu nome, podendo tudo fazer, requerer, praticar, assinar, conferindo-lhe ainda poderes especiais para receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, fazer acordo, desistir, transigir, receber notificações, citações e demais intimações, interpor todas as ações e recursos contra quem de direito e defendê-la nas contrárias, produzir e requerer provas, variar de ações, podendo, igualmente, substabelecer uma ou mais vezes e o substabelecido em outro, com ou sem reservas de poderes, total ou parcialmente, revogar substabelecimento e, finalmente praticar todos os atos em direito permitidos e necessários para o fiel cumprimento do presente mandato, mesmo que careça de poderes especiais que nesta pareçam omissos, dando tudo por bom firme e valioso.

Regeneração Piauí, 24 de Janeiro de 2017.

Raimundo Cruz da Silva
Outorgante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Raimunda Cruz da Silva

0437660

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

751.434 11/09/14

RAIMUNDA CRUZ DA SILVA

UMBELINA FERREIRA CRUZ SILVA
JOÃO LOPES DA SILVA

REGENERAÇÃO-PI 11/02/1946

CERT. CASAM. 43 L B 08 I 85V
EXP. REGENERAÇÃO-PI 12/04/05

288.216.023 20

LEI N° 7.116 DE 29/04/83 DECRETO N° 89.250/83

Handwritten signature/initials

08 4 88 09 F2

2 373.50



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Número do B.O: 278/2016

Resp. pelo Registro: Lindomar da Silva Rocha

Delegado: Dr. José Tomaz de Aquino Neto

Data: 26/02/2016

Horário: 09:00 hs

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE AMARANTE-PI

Data: 27/02/2015

Horário do Fato: 16:00 hs Local: Rua Guilherme Xavier s/n, Bairro Alto

do Balanço

Município: Regeneração -PI

NATUREZA DO FATO

LESÃO ACIDENTAL NO TRANSITO

NOTICIANTE

NOME: RAIMUNDA CRUZ DA SILVA

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Regeneração-PI

Estado Civil: Casada

Profissão: Aposentada Data de Nasc: 11/02/1946

RG nº 751.434 - SSP/PI

CPF 288.216.023 20

Filiação: Umbelina Ferreira Cruz Silva e de Joao Lopes da Silva

Endereço: Rua Nestor Ramos nº 58, Centro - Regeneração-PI

VEÍCULO ENVOLVIDO

Motocicleta Honda POP 100, ano/modelo 2014, cor vermelha, placa PIF 7564, Chassi 9C2HB0210ER455642 de propriedade de Luiza Rodrigues da Silva.

LOCAL DE ATENDIMENTO MÉDICO

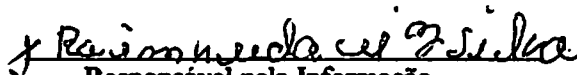
Hospital municipal de Regeneração e depois transferida para HUT - Teresina-Pi

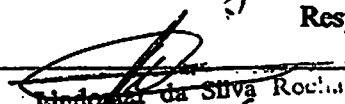
NARRATIVA DO FATO

Noticia que no dia 22/02/2015, por volta das 16:00 hs, andava na garupa de moto supra citada, conduzida pelo Sr. Francisco Rodrigues da Silva esposo da declarante, que trafegava na moto em direção a casa de um amigo e ao se aproximar da avenida Alberto Leal Nunes, o pneus dianteiro da moto derrapou em pedras soltas caindo os dois no solo, onde a denunciante sofreu fraturas no braço esquerdo, conforme diagnostico no prontuário medico hospitalar em anexo. Era o que tinha a relatar.///////

DECLARAÇÃO DO INFORMANTE E/OU VÍTIMA

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações neste ato prestadas, compreendendo o que estabelecem os arts. 299 e 340 do código penal brasileiro.


Responsável pela Informação


Lindomar da Silva Rocha
ESCRIVÃO POLICIAL
Matr. nº 40718-8

Responsável pelo Registro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CONFIRMAR

GRUPO DE DOCUMENTOS

EX-TO-1

EX-TO-2

EX-TO-3

EX-TO-4

EX-TO-5

EX-TO-6

EX-TO-7

EX-TO-8

EX-TO-9

EX-TO-10

EX-TO-11

EX-TO-12

EX-TO-13

EX-TO-14

EX-TO-15

EX-TO-16

EX-TO-17

EX-TO-18

EX-TO-19

EX-TO-20

EX-TO-21

EX-TO-22

EX-TO-23

EX-TO-24

EX-TO-25

EX-TO-26

EX-TO-27

EX-TO-28

EX-TO-29

EX-TO-30

SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CONFIRMAR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUANDO SE ENCONTRAR EM
TRANSPORTE, NAS CUIAS DO PAIS, SEGURO OBRIGATORIO

EX-TO-1

EX-TO-2

EX-TO-3

EX-TO-4

EX-TO-5

EX-TO-6

EX-TO-7

EX-TO-8

EX-TO-9

EX-TO-10

EX-TO-11

EX-TO-12

EX-TO-13

EX-TO-14

EX-TO-15

EX-TO-16

EX-TO-17

EX-TO-18

EX-TO-19

EX-TO-20

EX-TO-21

EX-TO-22

EX-TO-23

EX-TO-24

EX-TO-25

EX-TO-26

EX-TO-27

EX-TO-28

EX-TO-29

EX-TO-30

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luíza Rodri guis da Silva,

RG nº 2.950.258, data de expedição 23/02/1988

Órgão Pública, portador do CPF nº 90.947.886-20, com
domicílio na cidade de Regeneração, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R- São benedito, nº 5/22,

complemento Copa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Raimunda Cruz Silva, cujo o condutor era

Francisco Rodrigues de Sá

Veículo: moto ciclota
Modelo: Pop 100
Ano: 2011
Placa: PI-F-7564
Chassi: 962HBO270ER455642
Data do Acidente:
Local e Data: Regeneração PI 23/02/2016

Luíza Rodri guis da Silva
Assinatura do Declarante

Francisco Rodrigues de Sá

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

AMM 12955	Reconheço	<u>Francisco Rodrigues de Sá</u>
	a(s) firma(s)	<u>Luíza Rodri guis da Silva</u>
		<u>Francisco Rodrigues de Sá</u>
		<u>Francisco Rodrigues de Sá</u>
	Em test. ☒ da verdade do que dou fé.	
	Regeneração-PI, 23 de <u>Out</u> de <u>2016</u>	
	Atencio: <u>Raimunda Cruz Silva</u>	
	☐ Francisco Israel Dias de Oliveira, Of. Designado	
	☐ Luis Vitorino do Nascimento Júnior, Of. Substituto	

U.S. 20100P FOM-2.08 2010
SERVIDOR AUTORIZADO
CPF 000 183.373-04
Regeneração - PI

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - P.
CNPJ: 06.940.748/0001-89 - Insc. Estadual: 19.351.383-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Setor B -
Regime especial de impressão autorizado pelo SEFAZ CAC/PA

Nº da Nota Fiscal: 000145320

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

JANEIRO/2016 15/01/2016 120 89,80

RAIMUNDA CRUZ SILVA
R. NESTOR RAMOS 058 301 B-URBANO
CPF: 00028821602320
CEP: 64.400-000 - REGENERAÇÃO

ROT: 189 120 05 11 081200

Atual:	24654	Atual:	08/01/2016
Anterior:	24534	Anterior:	09/12/2015
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima leitura:	08/02/2016
Consumo Médio:	120	Emissão:	08/01/2016
Consumo Faturado:	120	Apresentação:	08/01/2016
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fel.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A256939		1.1.1.1	86

Mês/ano consumo	CONSUMO	120 A R\$ 0,654610 =	78,55
DEZ/15	123	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,98
NOV/15	158	CORRECAO MONETARIA IG 11/15-00	1,44
OUT/15	118	MULTA POR ATRASO 11/15-00	2,05
SET/15	100	JUROS DE MORA DE IMPO 11/15-00	0,78
AGO/15	64	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	5,40
JUL/15	70		
JUN/15	76		
MAI/15	67		
ABR/15	63		
MAR/15	59		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 120 - 0,484573			

Mes/Ano 12/2015 Valor R\$ 87,93

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/01/2016. O não pagamento por 30 dias consecutivos poderá resultar na interrupção do serviço. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA, A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 86ED.18C7.AA29.930E.9826.EBE4.1620.167E

Distribuição:	19,88	Base de Cálculo:	78,55
Energia:	29,28	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	2,70	Valor do ICMS:	15,71
Encargos:	6,33	Valor do PIS:	0,83
Tributos:	20,36	Valor do COPINS:	3,82

	DIC			FC			DMIC			DCE		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	7,66	15,33	30,65	4,59	9,19	18,37	4,31					
Realizado	0,00			0,00								
Conjunto	SAO PEDRO DO PIAU						Período de apuração:	11/2015	Emissão:	37,75		



Bradesco

Crédito-Débito
Crediário



5067 3166 1669 8105

08/19 5791 6 0002184 9 01 00

VALIDO ATÉ AGÊNCIA DIG CONTA DIG VIA TIPO
RAIMUNDA CRUZ SILVA

elo

Fone Falt Bradesco 4007-0022 / 0800 570 0022

Atividade 135

135

Emitido pelo Banco Bradesco S.A., em caso de perda ou roubo, comunicar imediatamente.

SAC 0800 704-8383 (Débito) / 0800 727-9988 (Crédito)
Deficiência Auditiva ou de Fala 0800 722-0099
Ouvidoria 0800 727-9933
bradesco.com.br

Dia e Noite

Banco24Horas

elo

DÉBITO E CRÉDITO

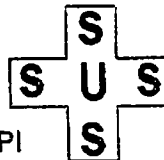


ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO

MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone: 3293-1964 - CEP 64.490-000 - REGENERAÇÃO - PI



TRATAMENTO AMBULATORIAL

☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO

Nome: Reimunda Cruz Silva

Data de Nascimento: 11.02.56

CNS: _____ Hora: _____ 1ª Vez() Subsequente()

Endereço: Rua Nelson Ramos

Município: Regeneração - PI

História Clínica: Vítima de queda de moto, apresentando fratura de rádio direito (radio direito)

Exame Físico: ① Citofonia - Olamp 1M

② Dureza - Olamp + AD CI.

Outros Exames: _____

Hipótese Diagnóstica: FRATURA RADIO DIREITO

Exame ou Tratamento Solicitado: TRANSFERÊNCIA P/ HUT

Data: 27.02.2015

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

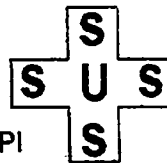
ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL

OBS.: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.



ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO
MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone: 3293-1964 - CEP 64.490-000 - REGENERAÇÃO - PI



TRATAMENTO AMBULATORIAL ☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO

Nome: Raimunda Cruz Silva

Data de Nascimento: 11.02.56

CNS: _____ Hora: _____ 1ª Vez() Subsequente()

Endereço: Rua Nelson Ramos

Município: Regeneração - PI

História Clínica: _____

Exame Físico: (1) Cefaléia - Olamp 1m

(2) Dor no abdômen - Olamp + AS CV.

Outros Exames: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Exame ou Tratamento Solicitado: _____

Data: 27.02.2015

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL

OBS.: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Raimundo Cruz da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 350506

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



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

Prontuario:

350506

Internação:

128677

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDA CRUZ DA SILVA				
End. Resid.: RUA JARDINEIRA 4305 - DIRCEU ARCOVERDE				
Cidade: TERESINA - PI			CEP: 64000-010	
Sexo: Masculino	Nascimento: 11/02/1946	Idade: 69a:0m:17d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: APOSENTADA
Admissão: 28/02/2015	G.Instrução: Fundamental	Fone:	Cartão SUS (CNS): 165853243240003	Procedência: TERESINA
Pai:		Mãe: UMBELINA FERREIRA CRUZ SILVA		
Responsável: RAIMUNDA CRUZ DA SILVA				
End. Responsável: RUA JARDINEIRA 4305 - DIRCEU ARCOVERDE				
TERESINA - PI			64000-010	
Documento: CPF: 288.216.023-20				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): QUEDA MESMO NÍVEL				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clínica:
Data: 28/02/2015	Hora: 11:50	Data: ___/___/___	Hora: ___	P.A. TEMPORÁRIO
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS				
CID 10: S525 - Fratura da extremidade distal do rádio				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: _____				
CID 10: _____				
Tratamento Realizado:				
Exames Realizados:				

HUT SAME
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
TERESINA-PI 16.12.15
SERVIÇO DE REGISTRO

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

_____/_____/_____
Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE			PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
RAIMUNDA CRUZ DA SILVA			350506	69	Ortopédica	EXT. 1		
PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS			OBSERVAÇÕES		
DATA/HORA CÓDIGO								
DI: 28/02/2015	FRATURA DE ANTEBRAÇO							
02/03/15	Tubo (DR)							
1	Dieta oral livre							
2	Soro Fisiológico 0,9% 1000ml EV em 24hs.							
3	Clindamicina 600mg + S F 0,9% 100ml EV 8/8hs							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
5	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs							
6	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN							
7	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
8	Cuidados gerais e sinais vitais							
9								
<i>Dr. Yuri Jivago F. da Silva</i> Ortopedista/Traumatologista CRM 3415-TCOT/0029								
<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> Ortopedista/Traumatologista CRM 1995-PV/CRM 1635-MA								

Ortopedia Ja

	ORIGEM: () HALL	DATA DE NASCIMENTO			SEXO 1-M/2-F
	POSTO: _____	DIA	MÊS	ANO	
	CLÍNICA: _____				
	EMERGÊNCIA: _____				
NOME: <u>Raimunda Cruz da Silva</u>					

POS OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA:

DATA: 08/03/15

HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A:

14:45

TIPO ANESTESIA:

S.V.R	ADMISSÃO	HORÁRIO								SAÍDA
		15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h	
P. ARTERIAL	<u>208x77</u>									
F. CARDÍACA	<u>98</u>									
F. RESPIRATÓRIA										
TEMPERATURA										
OXÍMETRIA	<u>97</u>									
NOME/ MATRÍCULA	<u>Vara</u>									

2- EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO BOM - REGULAR - RUIM	ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA
CONSCIÊNCIA BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS REGULAR: OBEDECE A COMANDOS RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS (INSCONSCIENTE)	☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM						
ATIVIDADE MOTORA BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DOBRA JOELHO RUIM: PARALISIA TOTAL	☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM						
RESPIRAÇÃO BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA/ REFLEXO DA TOSSE REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA	☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM						
PELE BOM: ROSADA/ AQUECIDA REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE	☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM						
PERFUSÃO BOM: RETORNO SATISFATÓRIO REGULAR: RETORNO DIFICULTADO RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO	☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM						
ASPECTO CURATIVO BOM: LIMPO/ SECO REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE	☒ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM						

NOME/ MATRÍCULA:

Raimunda Cruz da Silva

ALTA DA SRPA

16-00

Antônio V. Alves de Oliveira
ANESTESIOLOGIA CRM-PI: 1582
COOPANESTPI

MUT. SANGUE
COEF. DE T.M.O. ORG. 16 12 15
FENÓTIPO: mmmm
SISTEMA: mmmm

DM 1775

Raimunda Cruz

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENE ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MIRANDA Cruz da				Conector	2371 EXT. 020	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
	Solu			15:20h Pct transferida p/ clínica ortopedica		
	0 Dita 1ml dia			Enfermeira COREN: 249422		
	0 Sfx 195 100ml, D. 8/1	100ml (19)		16:38 = Paciente admitida na clínica ortopedica com fratura de radio distal, Segue consciente, Orientada, boas pupilas, normocranado, diste-		
	0 Dipirona 2ml + Dn 12ml 6/6		14:30	tes, hipertensa, sem febre, sem oligicos, Tuga ulcero a medicacao Noedra Veras Enfermeira COREN: 366.335		
	0 Sx			21:00 Realizado curativo local		
	Dr. Renato Duarte Ortopedia e Clinica de Reumatismo 31-000 83 CR 1-19 871			23:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			24:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			25:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			26:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			27:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			28:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			29:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			30:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			31:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			32:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			33:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			34:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			35:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			36:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			37:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			38:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			39:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			40:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			41:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			42:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			43:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			44:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			45:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			46:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			47:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			48:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			49:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			50:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			51:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			52:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			53:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			54:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			55:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			56:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			57:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			58:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			59:00 Realizado curativo local		
	31-000 83 CR 1-19 871			60:00 Realizado curativo local		

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

DATA 01 / 03 / 15

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <i>Raimunda Cruz de Silva</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>350506</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Fratura do pulso E</i>	CIRURGIA: <i>Redução Plástica + Fixação</i>
ANESTESIA: <i>Bloqueio</i>	Nº DA SALA: <i>05</i> <i>com Juv Cruz</i>
CIRURGIÃO: <i>Dr. Celso</i> <i>Dr. Celso Antonio Mendes</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM - 3918 - TEOT - 1.ª</i>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <i>Dr. Américo</i>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <i>Márcia</i>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

MATERIAL DE CONSUMO							
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	—		LÂMINA DE BISTURI nº 21	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ÁLCOOL 70%	ML	90		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	—	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		Ocupom	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA 16.12.15 Assinatura			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Fátima Barros			
PROLENE							



No. da Autorização de internação hospitalar

Orgão Emissor: M221000001

2. PARA SOLICITAÇÃO DE
DE INTERNAÇÃO HOSPIT.AIH : 221510015005-4
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)NASCIMENTO
11/02/1946

RAIMUNDA CRUZ DA SILVA

Identificação do Estabelecimento de Sa

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERE

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERE

D.LIBERA: 03/03/2015

DT. LAUDO: 28/02/2015

PROCED.: 0408020407

OP.SIST: CLIDENOR

CID: S525

TRATAMENTO CIR. ROTAÇÃO DE PARTIDA DA EXTREMIDADE

Assessor de Adm. e Contábil

CRM-PI 877-05-05/123.624-72

CNS-1005/2951100-32

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

igo da
ernação:

5628856

128677

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDA CRUZ DA SILVA

6 - Prontuário: 350506

7-CNS: 165853243240003

8-Nascimento: 11/02/1946

9-Sexo: Masculino

CPF: 288.216.023-20

11-Mãe: UMBELINA FERREIRA CRUZ SILVA

12-Fone:

13-Resp: RAIMUNDA CRUZ DA SILVA

14-Cor: Sem Informação

15-End: RUA JARDINEIRA 4305 - DIRCEU ARCOVERDE - 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 ci fratura de osso do
antebraço

21 - Condições que justificam a internação:

Tratamento cirúrgico

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

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

Fratura da extremidade distal do rádio

S525

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo SUS

2

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

28/02/2015

35-Data de Emissão Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

HUT-SAME

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

HUT-SAME ORIGINAL

43-CNAE Empresa:

44-CBOF:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

TERESINA, PI 16/12/15

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

03/03/15

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

Marcos Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 17026395120304
50-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (RENATA REIS)

Consulta Local: 456420

Consulta SUS:

Impressão: 28/02/2015 11:51:43



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Raimundo Luiz do Silva</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fr de pulso Esquerdo</i>		
Operação - Tipo <i>Fixação interna + Fixação com fios de Kirsch</i>		
Cirurgião <i>Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM - 3918</i>	1º Assinante <i>Luiz</i>	
2º Assinante	3º Assinante	
Instrumentador(a) <i>Márcia</i>	<i>R. Almeida</i>	Anestesia <i>Bloqueio</i>
Anestésico(a)		

Data da Operação <i>01.03.15</i>	Início <i>14:25</i>	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob bloqueio de plexo*
- 2) Limpeza + Antissepsia + Posicionamento do membro Extremo*
- 3) Lavagem interna do pulso*
- 4) Visualização de fratura aberta sob radioscopia*
- 5) Fixação com fios de Kirsch*
- 6) Imobilizar*
- 7) Tala*

HUT-SAME
16.12.15
Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 3918

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Raimunda Cruz da Silva</i>						Nº DE REGISTRO	
DATA <i>01/03/15</i>	P. ARTERIAL <i>12x8</i>	PULSO <i>80</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					RISICOS <i>I</i>		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 2 3				TOTAL DE DOSES <i>1 - xilopran 274/4 = 2</i> <i>2 - cepran 1</i>	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100					
TEMPERATURA T		38					
P. ARTERIAL V O PULSO		1					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		1				SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		1					
RESPIRAÇÃO O		1					
SÍMBOLOS		1					
TÉCNICAS		<i>Bloqueio Pêso Intermittente</i>			INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
ANESTESISTAS		<i>Armando Rocha Pina</i> MÉDICO - ANESTESIOLOGISTA CRM: 1341					
PARTICULARIDADES							



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: **RAIMUNDA CRUZ DA SILVA** (Prontuário: 350506)

Endereço: **RUA JARDINEIRA 4305 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**

Nascimento: 11/02/1946 Idade: 69a:1m:20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 456420

Requisição: 509550 Solicitação: 28/02/2015 Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

Controle: 644824 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 28/02/2015

PUNHO

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

- Fratura transversa completa recente na metafise distal no rádio com desvio dorsal.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/03/2015

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

16:12/15
Moura



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: **RAIMUNDA CRUZ DA SILVA** (Prontuário: 350506)
 Endereço: **RUA JARDINEIRA 4305 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **11/02/1946** Idade: **69a:1m:18d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **123677**
 Requisição: **509942** Solicitação: **01/03/2015** Solicitante: **CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA**
 Controle: **645396** Convênio: **S U S** CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 237 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 01/03/2015

PUNHO

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

- FRATURA NO TERÇO DISTAL DO RÁDIO COM FIOS METÁLICOS DE OSTEOSÍNTESE.
- INTERLINHAS ARTICULARES PRESERVADAS.
- TALA GESSADA.

(ANTONIO

TERESINA - PI 01/03/2015

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

HUT-3-11E
 16/12/15
 Moraes



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



Imp: 28/02/2015 10:43:37

(User: SABRINA LOBAO)

(Estação: ACCR02)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

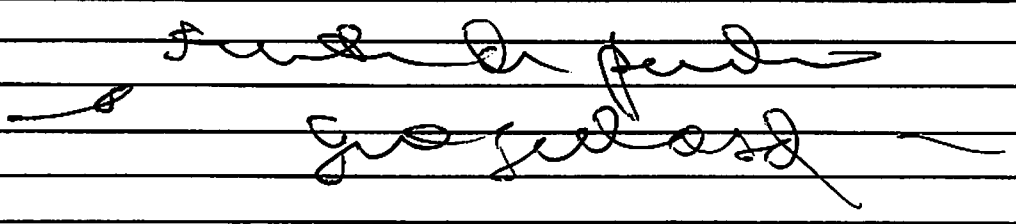
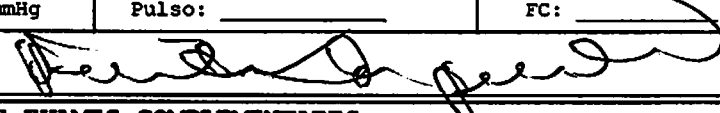
Nome: RAIMUNDA CRUZ DA SILVA		Prontuário: 350506
Mãe: UMBELINA FERREIRA CRUZ SILVA	Pai:	
End.Resid.: RUA JARDINEIRA 4305 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 11/02/1946	Idade: 69a:0m:17d	Sexo: Masculino Fone:
Responsável: RAIMUNDA CRUZ DA SILVA		CNS: 165853243240003
Profissão: APOSENTADA		Documento: CPF: 288.216.023-20
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Casado(a)
End.Local.: - - -		

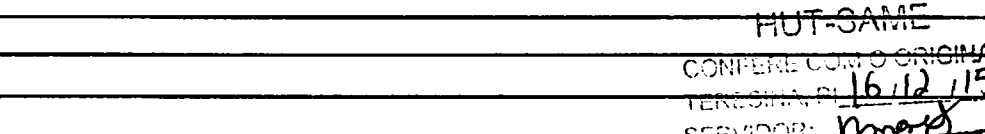
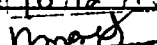
DADOS DO ATENDIMENTO:

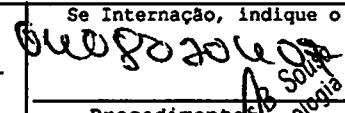
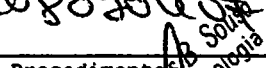
Código: 456420	Data: 28/02/2015 10:38:46	Condução: ÔNIBUS OU A PÉ
Motivo da Procura: QUEDA MESMO NÍVEL		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl.Saúde: Não
Trauma: Não	Maus Tratos: Não	

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

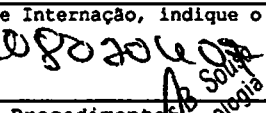
Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Deformidade grosseira	Destino: CONSULTORIO URGÊNCIA	Classificação: Amarelo
Breve História: ÀS 10:38 HORAS DEU ENTRADA NESTE SETOR PACIENTE COM RELATO DE QUEDA SOBRE MSE EVOLUINDO COM DEFORMIDADE E DOR LOCAL. DESTINO:ORTOPEDIA			Sabrina C. M. de Sousa Enfermeira COREN-PI 207.590 Ass.Profissional Acolhimento:

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)			
			
PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial: 			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	
	
HUT-SAME CONFERE COM O ORIGINAL TERESINA-PI 16/12/15 SERVIDOR: 	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		Se Internação, indique o Procedimento e CID	
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____			
		Procedimento: 	CID


Assinatura Paciente ou Responsável


Assinatura - Profissional Médico

**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

Prontuario:

350506

Internação:

128677

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: RAIMUNDA CRUZ DA SILVA				
End. Resid.: RUA JARDINEIRA 4305 - DIRCEU ARCOVERDE				
Cidade: TERESINA - PI			CEP: 64000-010	
Sexo: Masculino	Nascimento: 11/02/1946	Idade: 69a:0m:17d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: APOSENTADA
Admissão: 28/02/2015	G. Instrução: Fundamental	Fone:	Cartão SUS (CNS): 165853243240003	Procedência: TERESINA
Pai:			Mãe: UMBELINA FERREIRA CRUZ SILVA	
Responsável: RAIMUNDA CRUZ DA SILVA				
End. Responsável: RUA JARDINEIRA 4305 - DIRCEU ARCOVERDE				
TERESINA - PI			64000-010	
Documento: CPF: 288.216.023-20				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): QUEDA MESMO NÍVEL				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 28/02/2015	Hora: 11:50"	Data: ___/___/___	Hora: '	P.A. TEMPORÁRIO
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS				
CID 10: S525 - Fratura da extremidade distal do rádio				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: _____				
CID 10: _____				
Tratamento Realizado:				
Exames Realizados:				

HUT-SAME
CONTRE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 16/12/15
SERVIDOR: me

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta._____/_____/_____
Data_____
Carimbo/Ass. Prof. Assistente_____
Carimbo/Ass. Médico Responsável

Paciente : RAIMUNDA CRUZ DA SILVA
Médico : RAYNERIO COSTA MARQUES
Convênio : PARTICULAR

Registro : 008863
Idade : 69A e 1M
Data : 12/03/2015

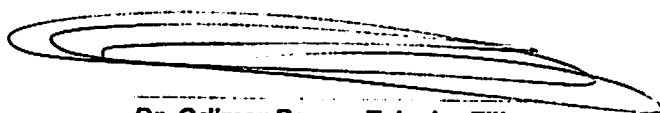
RX DIGITAL DO PUNHO ESQUERDO (2 INC)

RELATÓRIO

- Presença de hastes metálicas, relacionado a fratura consolidada, na porção meta-epifisária do rádio.
- Fratura com avulsão de fragmento ósseo no processo estilóide da úlna.
- Demais estruturas ósseas avaliadas sem alterações ao método.
- Partes moles sem alterações.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1. Presença de hastes metálicas, relacionado a fratura consolidada, na porção meta-epifisária do rádio.
2. Fratura com avulsão de fragmento ósseo no processo estilóide da úlna.



Dr. Odimar Barros Teixeira Filho
CRM-PI 3572 Radiologia

Paciente : RAIMUNDA CRUZ DA SILVA
Médico :
Convênio : PLANO ECONOMICO

Registro : 014349
Idade : 69A e 3M
Data : 08/06/2015

RX DIGITAL DO PUNHO ESQUERDO (2 INC)

RELATÓRIO

- Redução difusa da densidade mineral óssea.
- Fratura cominutiva, alinhada, com componente intrarticular, em consolidação, localizada na região epifisária distal do rádio.
- Fratura-avulsão do processo estilóide da ulna.
- Edema de partes moles perilesional.
- Pinos metálicos intra-medulares para fixação interna no rádio distal.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1. Status pós-cirúrgico.
2. Fratura cominutiva, alinhada, com componente intrarticular, em consolidação, localizada na região epifisária distal do rádio.
3. Fratura-avulsão do processo estilóide da ulna.
4. Edema de partes moles perilesional.



Dr. Cesar Hamilton A. Soriano
CRM-BR 28356 Radiologia



Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160337802 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAIMUNDA CRUZ SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Viacap Corretora de Seguros de Vida Ltda-MBM

BENEFICIÁRIO RAIMUNDA CRUZ SILVA

CPF/CNPJ: 28821602320

Posição em 08-02-2017 16:27:50

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
30/06/2016	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)