

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELITON LIMA ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000011931-4

Nr. da Autenticação 1E4A1B973C13E3BB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180205833 **Cidade:** Angical do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELITON LIMA ALVES **Data do acidente:** 26/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura de Mandíbula.

Descrição do exame médico pericial: Paciente com fratura de mandíbula, apresentando ao exame físico, cicatriz cirúrgica, referindo dor à mastigação de alimentos muito sólidos, deformidade, e limitação dos movimentos da boca.
Apresentando abertura bucal de 4 cm, fazendo uso normal da alimentação; no momento apresentando peso dentro da normalidade e sem sinais de desnutrição;

Resultados terapêuticos: Paciente com fratura de mandíbula; realizado tratamento cirúrgico; não realizado tratamento fisioterápico; evolui com cicatriz cirúrgica, referindo dor à mastigação de alimentos muito sólidos, deformidade, e limitação dos movimentos da boca.

Sequelas permanentes: Cranio-facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Floriano.

Médico examinador: Abdias Viana dos Santos Junior

CRM do médico: 2031

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

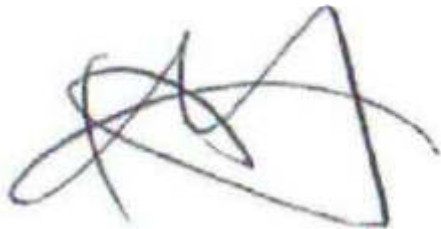
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180205833**

Nome do(a) Examinado(a): **HELITON LIMA ALVES**

Endereço do(a) Examinado(a):

rua luis alves, s/n - luis alves - Angical do Piauí - PI - CEP 64410-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2.555.863**

Data e local do acidente: [**26/11/2017**] **Via pública**

Data e local do exame: [**28/05/2018**] **Floriano** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura de Mandíbula.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Paciente com fratura de mandíbula; realizado tratamento cirúrgico; não realizado tratamento fisioterápico; evolui com cicatriz cirúrgica, referindo dor à mastigação de alimentos muito sólidos, deformidade, e limitação dos movimentos da boca. Apresentando abertura bucal de +/- 4 cm, fazendo uso normal da alimentação; no momento apresentando peso dentro da normalidade e sem sinais de desnutrição;

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Paciente com fratura de mandíbula, apresentando ao exame físico, cicatriz cirúrgica, referindo dor à mastigação de alimentos muito sólidos, deformidade, e limitação dos movimentos da boca.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Deformidade com DANO de 10%.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Mandíbula (face)

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

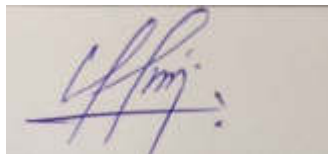
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Abertura Bucal= 04 cm;



Abdias Viana dos Santos Junior - CRM: 2031 - PI

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2018

Carta nº: 12937767

A/C: HELITON LIMA ALVES

Nº Sinistro: 3180205833
Vítima: HELITON LIMA ALVES
Data do Acidente: 26/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **HELITON LIMA ALVES**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000003827**

Conta: **0000011931-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



DENATRAIN

DETRAN - PI
Nº 012508390358
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1	01036510261	2017
---	-------------	------

LILIANA DE SOUSA CARVALHO

—PUBLISHED—

1006-974

10FR409373

PAS/MOTORCYCLE/MENTAUKA

ALCOOL/GAS

HONDA/NXR160 PRO ESDD

2014	201
------	-----

02P/0162CC

PARTICU

WFFB-BIRM

प	
---	--

— 154 —

A	
---	--

1

19. Para:

SECURITY

—

SEE RESTRICTIONS

1

LOCAL ANGIOCAL DO PLANT

1

DATA —
01/02/20

OUT

SENTEIRO ABRE-TE-NO-DE-UMAS-PESSOAS, CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUE POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA, OUTRO - SEU/OUTRO/OUTRA

Pl N° 012508390358 BILHETE DE SEGURO DPVAT

www.dpvatsegurodomotorista.com.br
SAC DPVAT 0300 022 1804

PERIODO	DATA EMISSÃO
2017	01/02/2017

024745743441

01036510201

DA/NXR160 BROS ESTD

2014 09

KTDOB10FR409373

PRÊMIO TAFIFÁRIO

00,000

88

000,00

00

☐ COTA ÚNICA

PARCEL

SECURABONA LIBER - PRIVAT

CHSJ 03.348.F05/0001-04
www.sagepub.com/journals



REGENERAÇÃO

Horário de atendimento:

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Nome do Solicitante:

Fone Solicitante:

DADOS DO CHAMADO

DATA: 26/11/12 DIA DA SEMANA: Seg. ☐ Ter. ☐ Qua. ☐ Qui. ☐ Sex. ☐ Sab. ☐ Dom. ☒

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

Endereço: Salão Sentença Teresina

Ponto de referência:

DADOS DO PACIENTE

Nome: Arilton Lima AlvesIdade: 31 anos Sexo: M ☒ F ☐

CONTROLE DA UNIDADE

1 Saída do P.A. 4:13 h 2 Chegada ao Local 4:20 h 3 Saída do Local 4:33 h4 Chegada ao Hospital 4:36 h 5 Saída ao Hospital 6:31 h 6 Chegada ao P.A. 6:39 h

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital Maria de Lourdes Leal Nunes ☒H.U.T. ☐Outros:

APOIO SOLICITADO

Polícia Militar ☒ Polícia Civil ☐ CAPS ☐ Outros:

TIPO DE OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito ☒ Queimadura ☐ Choque Elétrico ☐ Queda ☐ Transferência ☐Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Suicídio ☐ Urg. Obstétrica ☐ Já removido ☐Urg. Psiquiátrica ☐ Urg. Pediátrica ☐ Envenenamento ☐ Falso Chamado ☐Urgência Clínica ☐ Outros:

INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA

Sim ☒ Não ☐GLASGOW 08

NÍVEL DE CONCIÊNCIA

Consciente ☒ Inconsciente ☐

EXAME FÍSICO

ABERTURA OCULAR

4 - Espontânea ☐3 - Ao Som ☐2 - À Pressão ☐1 - Ausente ☐NT - Não Testável ☐

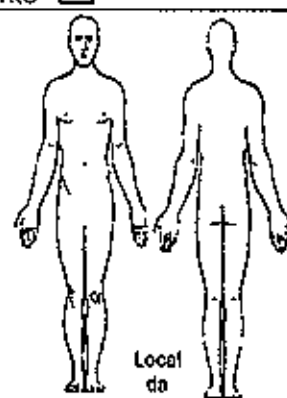
RESPOSTA VERBAL

5 - Orientada ☐4 - Confusa ☐3 - Palavras ☐2 - Sons ☐1 - Ausente ☐NT - Não Testável ☐

RESPOSTA MOTORA

6 - A ordens ☐5 - Localizadora ☐4 - Flexão normal ☐3 - Flexão anormal ☐2 - Extensão ☐1 - Ausente ☐NT - Não Testável ☐

HEMORRAGIA

Ausente ☐Mínimo ☐Moderado ☐Intenso ☐

Local da Lesão

SCC %

PUPILAS

Iguais ☐Desiguais ☐

PULSO

Forte ☐Fino ☐Ausente ☐

SINAIS VITAIS 1º

FC 98 bpmR 18 rpmT 35,4 °CP.A. 140/90 mmHgSat. O₂ 95 %GCAP 131 mg/dL

SINAIS VITAIS 2º

FC bpmR rpmT °CP.A. mmHgSat. O₂ %GCAP mg/dL

PROC. REALIZADOS

RCP ☐Prancha ☒Acesso Venoso ☒Outros: Aspiração ☒Monitorização ☐Imobilização de extremidades ☐Oxigênio ☒Colar Cervical ☐Conduta médica ☐Curativos ☒KED ☐Hemostasia ☐Ass. Obstétrica ☐

ENTRADA NO HOSPITAL

Melhorado ☐Piorando ☐Inalterado ☐Óbito antes do Socorro ☐Óbito no transporte ☐OBSERVAÇÕES: Placenta rotunda de acidente de trânsito com a vítima no local encontrada, se em decúbito dorsal em via pública. Feito avaliação das vias aéreas com controle cervical, aspiração das vias aéreas com LAR - que) - No momento não há nenhuma lesão visível. A 2.ª. seu Glasgow - 08, sem apresentar nenhuma alteração na reação térmica, lesão com contusão em região viril!!

EQUIPE DE ATENDIMENTO

Enfermeira: RosaTéc. Enfermagem: Conductor:

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSPITAL

ROSA PESSOA

Médica

CRM: 1169-PI

frontal e, sinais de quadrim (Tce grave?), suspeita
de fraturas na base e algumas escoriações pelo corpo, a
avaliação removi-lo para o Hospital em suporte de O₂ com
mascara e reservatório.

RT
JUNIA DA COSTA
Téc. Enferm
COREN-PI 5



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

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone 86 3293-1964 - 64490-000 / REGENERAÇÃO-PI



☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome: Heliton Luis Alves
Data de Nascimento: 18-07-1986
CNS: _____ Hora: _____ 1ª Vez () Subsequente () Cor ()
Endereço: Rua Principal de Sericant. (Rua Luis Alves)
Município: Sericant.
História Clínica: Doença crônica, acidente de
trabalho
Exame Físico: _____
Sinais vitais: P.A: 140 x 80 mm Hg Glicemia capilar 171 MG/dl
TAX: 35.4 °C Sat. O2 96 % P.: 105 bpm F.R.: _____ irpm
Outros Exames: Oximetria
Hipótese Diagnóstica: TC Crânio
Exame ou Tratamento Solicitado: _____
Data: 26-11-17

ROSA PESSOA

Médica

CRM 1109-PI

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

XAVIER DO S. DA COSTA

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 SUS**MARIA DE LOURDES LEAL NUNES**

Av. Alberto Leal Nunes, S/N / FONE: (86) 3293-1964 - CEP 64.490-000

Regeneração - Piauí - CNPJ: 00.621.625/0001-44

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE A. I. H.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome: <u>Helitana Lima Alves</u>			
End. Residencial: <u>Rua Principal do Hospital</u>		N.º	
Bairro: <u>Leis Alves</u>	Cidade: <u>Regeneração</u>	Estado: <u>Piauí</u>	
Endereço em Regeneração ()		Em caso de Procedência de outro Munic. ou Zona Rural	
Rua: <u>Leis Alves</u>	N.º	Bairro: <u>Leis Alves</u>	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	POSSUI PLANO DE SAÚDE	
<u>18.10.7.1986</u>	(x) Masc. () Fem.	() Sim () Não Qual?	
Acid. Trânsito (x) Sim () Não	Acid. Trabalho	IAPEP	
Seguradora	() Sim () Não	() Sim () Não	
RESPONSÁVEL			
Nome: _____			
End. Residencial: Rua/Av./Pça.: _____			
N.º: _____		Cidade: _____	UF: _____ CEP: _____
CPF Médico Solicitante	Cód. do Procedimento Solicitado	Tipo Internação	Clínica
HISTÓRICO/ EXAME DO PACIENTE			
<u>paciente com tumores ovarianos, feito m- supra-púbica - provocado por queda de eletrocardiograma em via pública.</u>			
RESULTADOS EXAMES COMPLEMENTARES			
<u>GA - 140x80 mm - sat 02 96. Pul 105</u> <u>TAX 35.4 em O2 úmido</u>			
DIAGNÓSTICO INICIAL:		CID	
<u>tc de crânio</u>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____			
LOCAL / DATA		ROSA PESSOA	
<u>26-11-2017</u>		<u>Assinatura/Carimbo do Médico Solicitante</u>	
Assinatura do Paciente ou Responsável			



SISTEMA
UNIFICADO
DE SAÚDE

Município: Veneziano

Unidade: UR

FOLHA DE ADMISSÃO

NOME DO PACIENTE			Nº REISTRO		
Heliton Jaime Alves			32.234		
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	NOME DA MÃE			
M	18.07.1986	Geneci Vieira Junior Alves			
NOME DO PAI			RESPONSÁVEL		
Francisco da Chagas Alves Pereira					
ENDEREÇO			MUNICÍPIO		
Rua Luis Alves			Rural		
PIS / PASEP / Nº INDIVIDUAL		CARTEIRA DE IDENTIDADE	REGISTRO DE NASCIMENTO		CIP F
		2.555.863.1E			029-822-973-02
TIPO DE SAÍDA			DATA DE SAÍDA		DATA DE INTERNAÇÃO
31			26/11/17		26.11.17

RESUMO DE ALTA

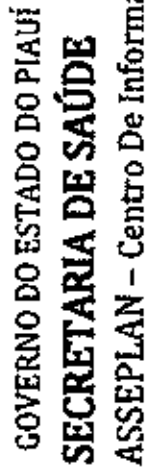
DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS	PROCEDIMENTOS REALIZADOS
TC de Crânio	

ANAMNESE

Paciente chegou com TC de crânio por acidente de moto em via pública às 4:35, sentindo dor e não conseguindo se mexer, segundo foi informado, a vítima é liberado pelo fôlego e mandado esperar de 2 a 3 horas para ser liberado, como o paciente não se apressava, os médicos sem a sentença, por isso o SAMU liberou a ambulância.

Saiu às 06:27 - 06:27.
Foi liberado a vítima. À 06:28.

ROSA PESSOA
Médica
CRM 1169-PI

**FOLHA DE EVOLUÇÃO / PRESCRIÇÃO**

Unidade:

PRESCRIÇÃO

[illegible]

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

IDADE	SEXO	ENDEREÇO:
34	M	Rua Lúcia Alves Maceió

La zona se encuentra en vía de desarrollo,
después de la construcción de la carretera que se encuentra
del lado.

TC de Curcio

অপেক্ষা

~~para a pessoa de 0.3 hora, para a pessoa~~
~~para a pessoa de 0.3 hora, para a pessoa~~

MODELO: ~~faucet chyan~~ ⁴³⁵ PLACA: ~~the 2 spec seeds~~
HOSPITAL: ~~H.P.T.~~ ^{10/10/00} ~~10/10/00~~

SENHA: ID 7818 / 66291720. (on 6:28

DATA: 20 JAN 2017

Assinatura do médico c/ letra legível e carimbo



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Helton Lima Alves

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 460693

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

BUKU-UK

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 26/11/2017 08:06:33

DADOS DO PACIENTE:

(Data): VALOR: 01/11/2017
(Local): HOSPITAL

Nome: HELITON LIMA ALVES **Prontuário:** 460691

Mãe: GENECI VIEIRA LIMA ALVES **Pai:** FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES PEREIRA

End.Resid.: RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI - CEP: 64410-000

Nascimento: 18/07/1986 **Idade:** 31a:4m:8d **Sexo:** Masculino **Fone:** 86-99432-6684

Responsável: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES PEREIRA **CNS:** 702008362589087

Profissão: **CPF:** 029.822.973-02 **RG:** -

G. Instrução: Não informado **E.Civil:** Casado(a)

End.Local.: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 638777 **Data:** 26/11/2017 08:02:34 **Condução:** AMBULÂNCIA DO SAMU

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) **Convênio:** S U S

Acid.Trab.: Não **Trajetos?:** Não **Típico:** Não **CID Secundário:** V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente trazido pelo SAMU com história de acidente motociclistas há 4 horas; VA periorbitária com dor cervical; torax simétrico, MV(+) bilateralmente; Targ. com dor para sangramento lesões; ECG: 3 (AO:3; RV:20; RM:4); Abdom. doloroso a palpação, equimose, obutatório & espant

SatO2: 95% sem aporte de O2

PA 150 x 80 mmHg

Pulso: 113 bpm

FC:

REF: ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: Torax, corpo todo
DATA: 26.11.2017 CID:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

DTC de crânio, coluna cervical, Tórax e abdome

Atestado de óbito de Castro e Silva
MARCOS DE CASTRO
Médico
CRM-PI: 5875
CORRIGIR COM ORIGINAL

ALTA: ☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ A Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão	☐ Retornar à Unid. Origem: ☐ Transferência:
DESTINO: ☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs		☐ Internação na Unidade Proced. Solicitado: 04040 20 120 F. Melo 5026 CID Compatível: Interação:
ÓBITO: ☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs		☐ Família ☐ IMPL ☐ Anat. Patol.

Dr. Leonardo Lima
MÉDICO
CRM-PI: 5875

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

1000-1000

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29 / 11 / 12

NOME DO PACIENTE: Heliton Lima Alves	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Geral	Nº DA SALA: 08
CIRURGIÃO: Dr. Ana Luiza	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Geral	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:

Alexandre Bruno Pereira de Sá
Médico - 079758
FONE-PIUT
CONFERE COM ORIGINAL

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 21	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	05		LUVA Nº 7,5	PAR	05	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	200		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL N: 16	UNID.	01	
JELCO Nº 18	UNID.	01		urepom	u	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				• Eletrodo --	unidade	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				• Escovas --	"	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				• Tot aramado N: 7	"	01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				• Lido cerina gel	+ b	01	
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	unidade	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 4-0	unidade	02		CIRCULANTE: Alcantara			
PROLENE Nylon 5-0	"	02					

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Heliton Lima Alves</u>				Nº DE REGISTRO <u>460691</u>		
DATA: <u>29/11/12</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLUCEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARÁXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
LIQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100				
TEMPERATURA T		260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO		38 37 37 38				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS <u>General</u>						
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES <u>Dra Ana Luisa</u>						
ANESTESISTAS						
Dra. Amanda Belizário e Silva Médica Anestesiologista - 1829 CRM-PI 3899						
PARTICULARIDADES						
				INCIDENTE - ACIDENTE <u>Não</u> CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS = <u>OK</u>		

ANEXO 1 - RUA DE CASAS 1829
MANTIDA - CRISTINA
CONFERE COM ORIGINAL



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Heliton Lima Alves

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião Dra. Ana Luiza

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a) Solange Anestesista Genal

Anestesia Dra. Amanda

Anestésico(a)

Data da Operação 29.11.17

Início 10:00 hs

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidentes Durante a Operação

Não Houve

Alameda Emanoel Araújo e Castro e Silva
Médico(a): 079758
CONFERE COM ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Indução anestésica + intubação nasotranqueal + antiseptização +
aparelho das lampas binóculares + posicionamento Unopozique + lavagem
insuflação nasal + Injeção intranasal vestibulomaxilar em porção
de ângulo (E) + Redução + Fixação com placa 2.0 mm / 2 em porção superior (E)
e 1 placa em ângulo (E) + Alças para Frontozigomático + Inframaxilar (E) +
Vestibulomaxilar (E) + Redução + Fixação com placa 1.5 mm em cada
alça + Remoção do Unopozique + Bim + Sutura + Remoção do Unopozique
+ Entrega ao anestesiologista

Dr. Ana Luiza
Cirurgiã Especialista em Otorrinolaringologia
Especialização
CRP 000000

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 31526
	AIH: 2217102405639

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828836
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828836

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 702008362589087	NOME DO PACIENTE HELITON LIMA ALVES	NASCIMENTO 18/07/1986	SEXO M	PRONTUÁRIO 460691
DOCUMENTO CPF 8694731769	TELEFONE 8694731769	NOME DA MÃE GENGCI VIEIRA LIMA ALVES	RESPONSÁVEL FRANCISCO	
CEP 64410000	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 000
BAIRRO ZONA RURAL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE MANDÍBULA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS A CIDMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TC DE FACE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S02.6 - FRATURA DE MANDÍBULA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404020500 - OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA

LEITO/CLÍNICA

CLÍNICA GERAL

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

MARIA DO AMARO DE SOUSA FARIAS MELO
CPF: 23997893349

CRM:

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

26/11/2017

DATA ADMISSÃO

26/11/2017 08:02

DATA ALTA

01/12/2017 10:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / FARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA
CELSO PIRES FERREIRA FILHO CPF: 76356353791	Alexandre Bruno Oliveira de Castro e Silva Mandato: 020758 SAMH-HUT CONFERE COM ORIGINAL
CRM:	CPF
DATA ANÁLISE: 26/11/2017 12:15:57	CRM
	DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



Fundação Municipal de Saúde

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Heliton Lima Alves		460601			217	161
DIAGNOSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
2º DPO Frot. Biliatral de membranas e atelectasia 1 dose Zidovudina (E)						
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
DATA: 01/12/17 HORA: 07:53						
Paciente bem, sem queixas, com alta hospitalar.				09:00. Paciente em alto risco de queda. Monitorar sinais vitais e estado geral. Continuar com medicação prescrita.		

MEDICOCOR:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE Heliton de Almeida	PRONTUÁRIO 460691	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES Inf. do trato urinário - Recidivante	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 26/10/12 HORA: 10:00		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
1) Dieta líquida pastosa	Normal		H	P	A
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h			12	18	06
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h			24	06	
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h			06		
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h					
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h					
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h					
7) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia					
8) SSVV					

Dr. Maria do Amparo de S. Melo
Clínica e Neuropediatria
Rua da Bahia, 238 - 918-933-49
CRO-PI 88371

Marcelo Berto Junior - R. 2238 e 2239
Médico - 078758
CONFERE COM ORIGINAL

MÉDICO/CRM:

12h - Realizado AVPO em glicose
nº 22 em MS
Téc. de Enfermagem
COREN-PI 473 784

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

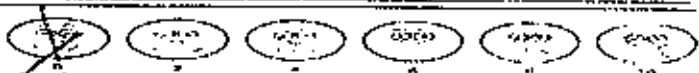
NOME Hililton Lima Alves IDADE _____ anos DATA 29.11 /2017
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 14 hs 50 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA fratura de mandíbula CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>141 / 79</u>	<u>145 / 79</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>59</u>	<u>80</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>93%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Adelina</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR			ADMISSÃO		SAÍDA	
Movimenta os quatro membros	2	2	☒	2	☐	2
Movimenta dois membros	1	1	☐	1	☐	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	☐	0	☐	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	☒	2	☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	☐	1	☐
	Tem apnéia	0	0	☐	0	☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	☒	2	☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	☐	1	☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	☐	0	☐
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	☒	2	☐
	Desorienta, se solicitado	1	1	☐	1	☐
	Não responde	0	0	☐	0	☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	☒	2	☐
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	☐	1	☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 80%, mesmo com suprimento de O ₂	0	0	☐	0	☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

ASS.

20
 Mario José Lima de Oliveira
 Enfermeiro
 COREN-PI 484.168

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() JVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido no SRPA em POE de fratura mandíbula, após exame, monitorado em ar ambiente.

Mario José Lima de Oliveira
 Enfermeiro
 COREN-PI 484.168

Assessoria Técnica de Enfermagem
 Matrícula 1079358
 SAME-PI
 CONFERE COM ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

CRM-PI 6024

MÉDICA

Mário José Lima de Oliveira

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD

SUMÁRIO DE ALTA



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

Prontuário:

460691

Internação:

202977

Nome: **HELITON LIMA ALVES**

End. Resid.: RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO

Cidade: ANGICAL DO PIAUI - PI

CEP: 64410-000

Sexo:

Masculino

Nascimento:

18/07/1986

Idade:

31a:4m:8d

Estado Civil:

Casado(a)

Profissão:

Internação

Alta

Permanência

Data

26/11/2017

Hora

10:52

Data

01/12/17

Hora

07:55

Diagnósticos:

Cod. CID:

CID Principal:

S 0 2 6

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Paciente melhorado

MEDICAÇÕES:

Antibióticos e Anti-inflamatório

CIRURGIA:

Data:

24/11/17

Tipo:

Redução de fratura

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Atestado para Ocorrência de Casos de
Morbidade e Mortalidade
- SANE HUT
CONFERE COM ORIGINAL

Tipo de Alta:

() Curado

(X) Melhorado

() Pedido

() Evasão

() Administrativa

() Óbito

() Transferência outro serviço

() Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



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

Prontuário:

460691

Internação:

202977

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: HELITON LIMA ALVES				
End. Resid.: RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO				
Cidade: ANGICAL DO PIAUI - PI				
CEP: 64410-000				
Sexo: Masculino	Nascimento: 18/07/1986	Idade: 31a:4m:8d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão:
Admissão: 26/11/2017	G. Instrução: Não informado	Fone: 86-99432-6684	Cartão SUS (CNS): 702008362589087	Procedência: ANGICAL DO PIAUI
Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES PEREIRA			Mãe: GENECI VIEIRA LIMA ALVES	
Responsável: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES PEREIRA				
End. Responsável: RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO				
ANGICAL DO PIAUI - PI				
64410-000				
Documento: CPF: 029.822.973-02				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):				
ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 26/11/2017	Hora: 10:52	Data: 01/12/17	Hora: 08:00	SALA VERDE
<u>Diagnóstico de Admissão:</u>				
Procedimento: 0404020500 - OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA				
CID 10: S026 - Fratura de mandíbula				
<u>Diagnóstico de Alta:</u>				
Procedimento: 0404020500				
CID 10: S026				
<u>Tratamento Realizado:</u> Redução de fratura.				
Assinatura Médica Responsável Matrícula: 079758 SALA HUT CONFERE COM ORIGINAL				
<u>Exames Realizados:</u> TC de face.				

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

01/12/17

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico 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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 26/11/2017 08:06:33

(VALDENICE MENDES)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: HELITON LIMA ALVES		Prontuário: 460691
Mãe: GENECI VIEIRA LIMA ALVES		Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES PEREIRA
End. Resid.: RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI - CEP: 64410-000		
Nascimento: 18/07/1986	Idade: 31a:4m:8d	Sexo: Masculino Fone: 86-99432-6684
Responsável: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES PEREIRA		CNS: 702008362589087
Profissão:		Documento: CPF: 029.822.973-02
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 638777	Data: 26/11/2017 08:02:34	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 26/11/17 10:00h	ESPECIALISTA: NCM
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TC Crânio/Cervical: NDN G-lacuna 11, fratura de verga de dentado ulnar	
CO: CB Serran	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 26/11/17 10:40

Fratura em uma face P1 (superior) com fratura da base do crânio, fratura da base do maxilar superior, TC da base do maxilar superior, fratura da base (orbital + superior + inferior) + fratura da base do crânio. CO: TC crânio e max. com fratura da base do crânio.

Dra. Maria do Amparo de S. F. Melo
Cirurgião Traumatologista
Boca Maxilo Facial - Implantodontista
CRM-PI 9983 / CPF: 029.978.933-49
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: ___/___/___	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ___/___/___

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT.

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HELITON LIMA ALVES** (Prontuário: 460681)
Endereço: **RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI CEP: 64410-000**
Nascimento: 18/07/1986 Idade: 31a:4m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638777
Requisição: 793162 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELÉ DE SOUSA LIMA
Controle: 983738 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 26/11/2017

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- CONSOLIDAÇÕES ALVEOLARES HETEROGÊNEAS EM SEGMENTOS POSTERIORES DOS LOBOS INFERIORES.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 26/11/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Assentada em 26/11/2017
Matrícula: 079738
SABE HUT
CONFERE COM ORIGINAL

**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: **HELITON LIMA ALVES** (Prontuário: 460691)
Endereço: RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI CEP: 64410-000
Nascimento: 18/07/1986 Idade: 31a:4m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638777
Requisição: 793162 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 983738 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 26/11/2017

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- CONSOLIDAÇÕES ALVEOLARES HETEROGÊNEAS EM SEGMENTOS POSTERIORES DOS LOBOS INFERIORES.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 26/11/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.503-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Atendimento Divisão Diagnóstico de Caxoeira e Caxoeira
Matrícula: 4079758
SAÚDE-HUT
CONFERE COM ORIGINAL

**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: **HELITON LIMA ALVES** (Prontuário: 460691)
Endereço: **RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI CEP: 64410-000**
Nascimento: 18/07/1986 Idade: 31a:4m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638777
Requisição: 793161 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 983737 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/11/2017

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:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 26/11/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Alexandre Bruno Oliveira de Castro e Silva
Médico: 079766
HUT
CONFERE COM ORIGINAL
2017

**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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HELITON LIMA ALVES** (Prontuário: 460691)
Endereço: RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI CEP: 64410-000
Nascimento: 18/07/1986 Idade: 31a:4m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638777
Requisição: 793160 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 983736 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 26/11/2017

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FÔRAMES NEURAIS AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 26/11/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Alexsandro Bruno Oliveira de Castro e Silva
Matrícula: 0799758
SAC-HUT
CONFERE COM ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICOPaciente: **HELITON LIMA ALVES** (Prontuário: 460691)Endereço: **RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI CEP: 64410-000**

Nascimento: 18/07/1986 Idade: 31a:4m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638777

Requisição: 793159 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA

Controle: 983735 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 26/11/2017

T.C. DE ABDOME

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E Pelve DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 26/11/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Alexandre Bruno Oliveira de Castro e Silva
Médico R. 079758
SAÚDE-HUT
CONFERE COM ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 33229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HELITON LIMA ALVES** (Prontuário: 460691)
Endereço: **RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI CEP: 64410-000**
Nascimento: 18/07/1986 Idade: 31a:4m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638777
Requisição: 793158 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 983734 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 26/11/2017

T.C. DE FACE

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

- FRATURAS FACIAIS ASSIM LOCALIZADAS:
 - . PAREDE LATERAL DA ÓRBITA ESQUERDA.
 - . ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
 - . PAREDE POSTERIOR DO SEIO MAXILAR ESQUERDO.
 - . CORPO E RAMO ESQUERDO DA MANDÍBULA.

- HEMOSSINUS MAXILARES.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 26/11/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Alexandre Bruno Oliveira de Castro S22
Matrícula: 028758
HUT
CONFERE COM ORIGINAL

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352-Centro
CEP: 64.001-000 Teresina - PI
CNPJ: 06.553.564/0104-43

RECEITUÁRIO

Nome: Heliton Lima Alves

Data Nascimento: 18/07/86

Paciente Heliton Lima Alves,
irmão de ordem anabaptista
submetido à tuberculose Cerebral
e Fígado bilateral e Múltipla
CETO. S0001 e Fígado de
Módulo esquerdo (CETO S0004).
apresenta sintomas de
anorexia, náusea e vômito

Data: 18/01/18

Maria Cândida de Almeida Lope.
Cirurgia Buco - Maxilo - Facial
Dr. CRO 1212 - CPF 330.602.503-48



Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

Nome	HELITON LIMA ALVES
Sexo	MASC Idade 31 anos
Médico	MARIA CÂNDIDA DE A. LOPES
Data	14/12/2017
Código	1110104.01

RADIOGRAFIA PANORÂMICA DIGITAL

Exame radiográfico realizado em aparelho panorâmico digital Kodak 8000C, com planos de Frankfurt e Sagital mediano paralelo e perpendicular ao solo, respectivamente, com fatores de exposição: 70 kV, 10 mA e 13 seg.

ACHADOS:

AVALIAÇÃO GERAL

- Microimplantes entre os dentes: 14/13, 11/ 21, 24/25, 35,34, 31,41 e 45/46
- 3ºs molares inferiores semi-inclusos em posição disto-angular

AVALIAÇÃO CORONÁRIA E RADICULAR

- Imagem radiolúcida distal no dente 16
- Restauração radiopaca no dente 46

AVALIAÇÃO ENDODÔNTICA E PERIAPICAL

- Sem imagens sugestivas de lesão óssea de origem endodôntica

AVALIAÇÃO PERIODONTAL E ÓSSEA

- Nível ósseo alveolar de acordo com idade cronológica
- Fixações internas por placas e parafusos metálicos em maxila esquerda, ramo mandibular esquerdo e corpo mandibular direito

O exame radiográfico é um meio auxiliar de diagnóstico que deve ser analisado pelo profissional para correlação clínica e decisão terapêutica.

Sônia Teixeira

Dr.ª Sônia Teixeira
CRO PI - 1159



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Biliana de Sousa Carvalho.RG nº 2.361.213, data de expedição 31/05/2002Órgão SSP, portador do CPF nº 024.745.743.44, comdomicílio na cidade de ANGICAL DO PIAUÍ, no Estado dePIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA LUIS ALVES / BAIRRO LUIS ALVES, nº 511,

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 HELITON LIMA ALVES; cujo o condutor eraHELITON LIMA ALVES.Veículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA / NXP 160 BROS.Ano: 2014 MODELO 2015Placa: PSB - 9603Chassi: 9C 2K D0 830 FR 40 9373Data do Acidente: 26 DE NOVEMBRO DE 2017Local e Data: ANGICAL DO PIAUÍ.Biliana de Sousa Carvalho.

Assinatura do Declarante

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

Assinatura(s) firmada(s) verdadeira(s) -
na de Biliana de Sousa Carvalho

 Angical do Piauí (PI), 32/04/2018
Maria Olineide da Silva Freitas
 Analista Judicial
 Mat. 405339-7





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO-PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR		Nome do Solicitante: Fone Solicitante:
DATA: 30/11/13 DIA DA SEMANA: Seg ☐ Ter ☐ Qua ☐ Qui ☐ Sex ☐ Sab ☐ Dom ☒		
DADOS DO CHAMADO	LOCAL DA OCORRÊNCIA: Endereço: <u>Colônia Santíssima Teresina</u> Ponto de referência:	
	DADOS DO PACIENTE Nome: <u>Helton Lima Alves</u> Idade: <u>31 anos</u> Sexo: M ☒ F ☐	
	CONTROLE DA UNIDADE 1 Saída do P.A. <u>4:13</u> h 2 Chegada ao Local <u>4:20</u> h 3 Saída do Local <u>4:33</u> h 4 Chegada ao Hospital <u>4:36</u> h 5 Saída do Hospital <u>6:31</u> h 6 Chegada ao P.A. <u>6:39</u> h	
	HOSPITAL DE DESTINO Hospital Maria de Lourdes Leal Nunes ☒ H.U.T. ☐ Outros: _____	
	APOIO SOLICITADO Polícia Militar ☒ Polícia Civil ☐ CAPS ☐ Outros: _____	
TIPO DE OCORRÊNCIA	Acidente de Trânsito ☒ Queimadura ☐ Choque Elétrico ☐ Queda ☐ Transferência ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Suicídio ☐ Urg. Obstétrica ☐ Já removido ☐ Urg. Psiquiátrica ☐ Urg. Pediátrica ☐ Envenenamento ☐ Falso Chamado ☐ Urgência Clínica ☐ Outros: _____	
	INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA Sim ☒ Não ☐	
EXAME FÍSICO	GLASGOW <u>08</u> NÍVEL DE CONCIÊNCIA Consciente ☒ Inconsciente ☐	
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea ☐ 3 - Ao Som ☐ 2 - À Pressão ☐ 1 - Ausente ☐ NT - Não Testável ☐	RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada ☐ 4 - Confusa ☐ 3 - Palavras ☐ 2 - Sons ☐ 1 - Ausente ☐ NT - Não Testável ☐
	PUPILAS Iguais ☐ Desiguais ☐	RESPOSTA MOTORA 6 - A ordens ☐ 5 - Localizadora ☐ 4 - Flexão normal ☐ 3 - Flexão anormal ☐ 2 - Extensão ☐ 1 - Ausente ☐ NT - Não Testável ☐
	PULSO Forte ☐ Fino ☐ Ausente ☐	HEMORRAGIA Ausente ☐ Mínimo ☐ Moderado ☐ Intenso ☐
PROC. REALIZADOS	SINAIS VITAIS 1º FC <u>98</u> bpm R <u>18</u> rpm T <u>35,4</u> °C P.A. <u>140/90</u> mmHg Sat. O ₂ <u>95</u> % GCAP <u>131</u> mg/dL	
	SINAIS VITAIS 2º FC _____ bpm R _____ rpm T _____ °C P.A. _____ mmHg Sat. O ₂ _____ % GCAP _____ mg/dL	
RCP ☐ Prancha ☒ Aspiração ☒ Oxigênio ☒ Curativos ☒ Hemostasia ☐ Acesso Venoso ☒ Monitorização ☐ Colar Cervical ☐ KED ☐ Ass. Obstétrica ☐ Outros: _____ Imobilização de extremidades ☐ Conduta médica ☐		
ENTRADA NO HOSPITAL Melhorado ☐ Piorando ☐ Inalterado ☐ Óbito antes do Socorro ☐ Óbito no transporte ☐		

OBSERVAÇÕES: Doente vítima de acidente de trânsito, queda de moto, ao chegar ao local encontrava-se em decúbito dorsal em via pública. Feito avaliação das suas condições com controle respiratório, aspiração das secreções nasais e oral. No momento não há nenhuma alteração física visível. Ao ser avaliado Glasgow - 08, segue representando a vítima da região Teresina, sendo então conduzida ao Hospital Maria de Lourdes Leal Nunes.

EQUIPE DE ATENDIMENTO
Enfermeira: Rosa Pessoa
Téc. Enfermagem: Carla da Conceição
Condutor: Edilson da Silva

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSPITAL
ROSA PESSOA
Médica
CRM: 1169-PI



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 029.822.973-02	Nome completo da vítima HELITON LIMA ALVES
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo HELITON LIMA ALVES	CPF titular da conta 029.822.973-02	Profissão AUTÔNOMO
Endereço RUA LUIS ALVES	Número 514	Complemento
Bairro LUIS ALVES	Cidade ANGICAL DO PIAUÍ	Estado PIAUÍ
Email LILICARVALHO@OUTLOOK.COM	CEP 64.410-000	Telefone (DDD) (86) 99622-0502

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD. 3823	DIV 00033931	CONTA NRD. 4
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	NRO 00033931
AGÊNCIA NRD. 3823	DIV 00033931
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

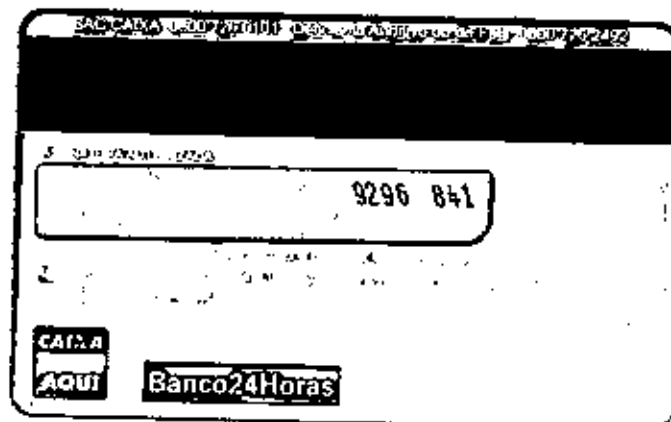
ANGICAL DO PIAUÍ, 16 de **ABRIL** de 2018

Local e Data

Heliton Lima Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Loteria

Loterias CAIXA

CAIXA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

106-377687547-1

10/ABR/2018

HORA DE 11:03:49

106.018187-9
LOCALIDADE: ANGICAL DO PIAUI
NO. VINCULADA: 3827

TERM 016547

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

3827.00011931-4

NOME: HELTON LIMA ALVES

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE: 04/03/2012
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO	
20/03	33,89 C	
30/04	0,64 C	
RESUMO EM 13/04	34,53	
SALDO		
RESUMO DO DIA	0,00	
SALDO BLOQUEADO	34,53 C	
SALDO DISPONIVEL	34,53 C	
SALDO TOTAL		

106-377687547-1

10 VIA



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

1245 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 132579.000099/2018-73

Unidade de Registro: DP DE AMARANTE

Resp. pelo Registro: Paulo Henrique Lopes Maranhão

Data/Hora: 22/03/2018 - 11:28

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE REGENERAÇÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

REGENERAÇÃO

Endereço

BR 343 PRÓXIMO A ENTRADA DE REGENERAÇÃO, Nº:

Complemento

Data/Hora

26/11/2017 - 04:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: HELTON LIMA ALVES

RG: 2555863 SSP PI

Mãe: GENECI VIEIRA LIMA ALVES

Pat: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES PEREIRA

Endereço: RUA LUÍS ALVES, Nº SN

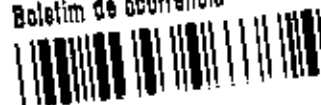
Complemento: PRÓXIMO A IGREJA

Bairro: LUIS ALVES

Cidade: ANGICAL DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Boletim de ocorrência



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. Outros

2015 PIB9601

9C2KD0810FR409373

01036510201

Vermelha

Condutor: HELTON LIMA ALVES

RG: 2555863 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA LUÍS ALVES Número: SN Complemento: PRÓXIMO A IGREJA

Cidade: ANGICAL DO PIAUÍ UF: PI Bairro: LUIS ALVES

Proprietário: LILIANA DE SOUSA CARVALHO

End: RUA LUIS ALVES Número: SN

Cidade: ANGICAL DO PIAUÍ UF: PI Bairro: LUIS ALVES

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL NO DIA E HORÁRIO SUPRACITADO PARA INFORMAR QUE TRANSITAVA NA RODOVIA NA ENTRADA DE REGENERAÇÃO PRÓXIMO A BR 343 NA MOTOCICLETA HONDA/NDR 160 BROS PLACA PIB 9601, COR VERMELHA, CHASSI 9C2KD0810FR409373, RENAVAM 01036510201, ANO 2014 MODELO 2015 DA CIDADE DE ANGICAL DO PIAUÍ EM NOME DE LILIANA DE SOUSA CARVALHO; QUE TRAFEGAVA NA RODOVIA PRÓXIMO A ENTRADA DE REGENERAÇÃO SENTIDO REGENERAÇÃO PARA ANGICAL, QUANDO DE REPENTE UM CACHORRO ENTRA NA FRENTE DA MOTOCICLETA, CHEGANDO O NOTICIANTE COLIDIR NO CACHORRO E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAINDO AO SOLO; QUE O NOTICIANTE DESMAIOU E FOI ATENDIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) DE REGENERAÇÃO E LEVADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE REGENERAÇÃO, MARIA DE LOURDES LEAL NUNES, DEPOIS PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA (HUT); QUE DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO MÉDICO O NOTICIANTE APRESENTOU TC DE CRANIANO POR QUEDA DE MOTO. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

CERTIDÃO

Certifico que a presente fotocópia
conferiu com original que me foi apresentado
para autenticação. O referido é verdade.
Angical do Piauí (PI).

05/04/2018

Maria Ulmeide da Silva Freitas
Analista Judicial



26-488-2918 09:18 587744 1/1
LUCAS NUNES CP



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

1245 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 132579.000099/2018-73

Paulo Henrique Lopes Maranhão - Mat. 2990857
AGENTE DE POLÍCIA

x *Helton Lima Alves*
HELTON LIMA ALVES - Noticiante
Responsável pela Informação

Bel. Orony Norberto Neto
Delegado de Polícia
Delegado de Polícia Civil-PI
Matrícula: 272256-9
Max. 272-256-9



CERTIDÃO

Certifico que a presente fotocópia
conferir com original que me foi apresentado
para autenticação. O referido é verdade.
Angical do Piauí (PI). *05/04/2018*

Maria Olineide da Silva Freitas
Maria Olineide da Silva Freitas
Analista Judicial
Mat. 405339-7