

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: 11/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABRICIA BORGES SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000019475-1

Nr. da Autenticação 3874C66136DAC6FB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180541613 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABRICIA BORGES SILVA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º METATARSO E 2º PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO. TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL E FRATURAS DE FACE.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE DEFORMIDADE COM AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS E HIPOTROFIA MUSCULAR NO 2º DEDO DO PÉ DIREITO. NÃO SE OBSERVA SEQUELA NEUROLÓGICA CENTRAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 2º pododáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/12/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

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 |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau completo - 100 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

PRESTADOR

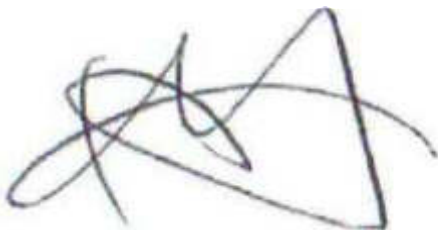
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

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: **3180541613**

Nome do(a) Examinado(a): **FABRICIA BORGES SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R QUINZE DE NOVENBRO, 1523 - CENTRO - União - PI - CEP 64120-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3035177**

Data e local do acidente: [**22/07/2018**] **11 DE JUNHO SÃO SEBASTIÃO UNIÃO PI**

Data e local do exame: [**06/12/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DO 2º METATARSO E 2º PODODACTILO DO PÉ DIREITO. TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL E FRATURAS DE FACE.

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

VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE DEFORMIDADE COM AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS E HIPOTROFIA MUSCULAR NO 2º DEDO DO PÉ DIREITO. NÃO SE OBSERVA SEQUELA NEUROLÓGICA CENTRAL.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM

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

[☒] Sim [☐] Não

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

SEQUELA FUNCIONAL DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

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):

2º DEDO DO PÉ DIREITO.

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

Região Corporal (Sequela):

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

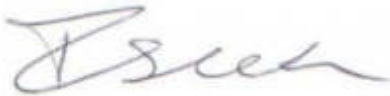
Região Corporal (Sequela):

% 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.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 040.853.593-69 Nome completo da vítima: Fabruca Borges Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: FABRÚCIA BORGES SILVA CPF: 040.853.593-69

Profissão: Receita Endereço: Rua 15 DE NOVOEMBRO Número: 1523 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: União Estado: Piauí CEP: 64-120-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (66) 99553-0748

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4288 CONTA: 13475 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: União - 10/11/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔSO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CÔPIA COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E TÍTULOS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001606/2018-52

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Renilson Sousa Santos

Data/Hora: 24/10/2018 - 13:51

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

20º DP - UNIÃO

22/07/2018 - 05:50

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

Bairro

UNIÃO

SÃO JUDAS TADEU

Endereço

RUA 11 DE JUNHO, BAIRRO SÃO JUDAS TADEU, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

COMERCIO DO VALDINAR

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FABRICIA BORGES SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3035177 SSP PI

Mãe: TERESA DE JESUS BORGES SILVA

Pai: ADALGISO PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA QUINZE DE NOVENBRO, Nº

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Cidade: UNIÃO

Nome: ELICE PEREIRA DA SILVA BORGES

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Mãe: TERESA DE JESUS BORGES SILVA

Pai: ADALGISO PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA QUINZE DE NOVENBRO, Nº

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Cidade: UNIÃO

Nome: FLÁVIA MARIA DA SILVA LIMA MOURA

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

RG: 3414880 SSP PI

Mãe: MARIA DAS NEVES PEREIRA DA S. LIMA

Pai: FRANCISCO DE OLIVEIRA LIMA

Endereço: RUA DAS PEDRINHAS, Nº

Bairro: SÃO FRANCISCO

Cidade: UNIÃO

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

2016 PIS3185 9C2MD4100GR014156

01123809906

Preta

Condutor: FABRICIA BORGES SILVA

RG: 3035177 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA QUINZE DE NOVENBRO Número: Complemento:

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Proprietário: FABRICIO DA SILVA CRUZ

Cidade: TERESINA UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

NOTICIANTE COMPARECEU PARA INFORMAR QUE NO DIA 22/07/2018 POR VOLTA DAS 05:50 HORAS TRANSITAVA NA MOTOCICLETA HONDA/XRE 190 DE UM AMIGO DE NOME FABRICIO DA SILVA CRUZ, PELA RUA 11 DE JUNHO, BAIRRO SÃO SEBASTIÃO, PRÓXIMO AO COMÉRCIO DO VALDINAR, UNIÃO-PI; QUE ESTAVA SE DIRIGINDO PARA SUA RESIDÊNCIA E EM DETERMINADO MOMENTO ACABOU COCHILANDO E COLIDINDO EM UM POSTE NA VIA CITADA; QUE QUANDO


Fabricia




BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001606/2018-52

RECUPEROU A CONSCIÊNCIA ESTAVA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO; QUE SABE QUE APÓS O ACIDENTE, TESTEMUNHAS ACIONARAM A AMBULANCIA DO SAMU; QUE APÓS A AMBULANCIA DO SAMU CHEGAR NO LOCAL. OS ENFERMEIROS PRESTARAM OS PRIMEIROS SOCORROS E A LEVARAM ATE O HOSPITAL DESTA CIDADE; QUE EM DECORRÊNCIA DO CHOQUE, A NOTICIANTE SOFREU FRATURAS NOS DEDOS DO PÉ DIREITO E UM CORTE NA PARTE POSTERIOR DA CABEÇA; QUE POR CONTA DA GRAVIDADE DAS LESÕES A NOTICIANTE PRECISOU SER ENCAMINHADA PARA O HUT EM TERESINA-PI PARA SER SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRURGICA; QUE NÃO UTILIZAVA CAPACETE E NEM POSSUI CNH; ERA O QUE TINHA PARA COMUNICAR.


Renilson Sousa Santos - Mat. 2868067
AGENTE DE POLÍCIA


FABRICIA BORGES SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação


Delegado de Polícia


MT: 2570002-8
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF de vítima: 043.853.593-69 Nome completo da vítima: Fabruca Borges Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: FABRÚCIA BORGES SILVA CPF: 043.853.593-69

Profissão: Receita Endereço: Rua 15 DE NOVOEMBRO Número: 1523 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: União Estado: Piauí CEP: 64-120-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (66) 99553-0748

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4288 CONTA: 13475 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: União - 10/11/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔSO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE E DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS



SAMU

192 22/09/18

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

| | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------|--|
| Nome do Solicitante: | Tania | | |
| Contato do Solicitante: | 3491-1636 | | |
| SAÍDA DO PA: 05:39 | CHEGADA AO LOCAL: 05:43 | SAÍDA DO LOCAL: 05:55 | |
| CHEGADA AO HOSPITAL: 05:57 | SAÍDA DO HOSPITAL: 06:13 | CHEGADA AO PA: 06:19 | |

NOME DO PACIENTE: Fabricia

SEXO: () MAS (X) FEM IDADE:

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua 14 de Junho (próximo ao bar)

TIPO DE OCORRÊNCIA

| | | |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| () Envenenamento | () Agressão Física | (X) Acidente de Moto |
| () Choque Elétrico | () Afogamento | () Acidente de Carro |
| () Urgência Obstétrica | () Queda | () Mal Súbito |
| () Urgência Pediátrica | () Já Removido | () Falso Chamado |
| () Ferimento Arma Branca () Fogo | () transferência hospitalar | () Queimadura |
| () Atropelamento | () Urgem. Clínica: | |

DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

| | | |
|-----------------------------|----------------|-------------|
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | PUPILAS | FALA |
| () Alerta | (X) Iguais | () Normal |
| () Responde ao Comando | () Desiguais | () Confusa |
| () Responde a Dor | () OUTROS | (X) Nenhuma |
| (X) Sem resposta | | |

| | | | | | |
|----------------------|-----------|-----------|----------|--------------|-------------|
| PULSO RADIAL: | (X) FORTE | () FRACO | () LEVE | () MODERADO | () AUSENTE |
|----------------------|-----------|-----------|----------|--------------|-------------|

| SINAIS VITAIS | 1ª Verificação | 2ª Verificação |
|---------------|----------------|----------------|
| HORA: | | |
| SATURACÃO | 99 | |
| P.A. | 100/70 | |
| PULSO | 144 | |
| RESPIRAÇÃO | 20 | |
| GLICEMIA | 130 | |
| TEMPERATURA | 35,9 | |

OBSERVAÇÕES:

Paciente vítima de acidente automobilístico (moto). Com contusão na região frontal da cabeça com ferimento superficial e algumas escoriações. Inconsciente, obstrução das vias aéreas. Sem sinais vitais (digo suspiro). Alcoolizado.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| | | |
|----------------------------|----------------------------------|---------------------|
| () Aspiração | () Imobilização de extremidades | () Ass. Obstétrica |
| () Oxigênio | () Prancha | () Hemostasia |
| () Reanimação Cardio-Resp | () Colar Cervical | () Curativo |
| () Ventilação Artificial | () KED | |
| (X) Monitorização | () Acesso Venoso - Solução | |
| () Outros | | |

Esta cópia contém com a original
Em 14/09/18

ENTRADA NO HOSPITAL

| | | |
|----------------|-----------------------|----------------------------|
| () Melhorando | () Severa Gravidade | () Indeterminado |
| () Piorando | () Média Gravidade | () Óbito antes do Socorro |
| (X) Inalterado | () Pequena Gravidade | () Óbito no transporte |
| () Coma | () Ileso | |

Kerily da Silva Pereira
Enfermeiro COREN-PI 619.440
Coordenador do SAMU União-PI
CPF: 019.669.733-19

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

HOSPITAL DE DESTINO: HMC

SOCORRISTA:

RECEPÇÃO DO HOSPITAL:

MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A)

Katia Mesquita da Ponte
COREN-PI nº 025411-1

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO DA SILVA BARRAS inscrito (a) no CPF/CNPJ 496.923.053 / 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FABRÍCIA BORGES SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 043.853.593 / 69, do sinistro de DPVAT cobertura 1ª da Vítima
FABRÍCIA BORGES SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.853.593 / 69, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|--------------------------------|------------------------|-------------------------|--|
| Endereço <u>Rua Comandê</u> | | Número <u>2038</u> | Complemento |
| Bairro <u>centro</u> | Cidade <u>união</u> | Estado <u>Piauí</u> | CEP <u>04.120-000</u> |
| Email | | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-5752</u> |

união-Pi 12 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

Antonio da Silva Barras
Assinatura do Declarante





HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 13.488.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

Saldo: R\$ 4.000,00

08:26

20

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: Sanabuya DATA: 22/07/18 HORA: 06:02

01. DADOS DO PACIENTE

NOME: Fabírcia Bouyer Silva DN: 05/9/89 ID: 78 SEXO: F
NOME DA MÃE: Teressa de Jesus Bouyer Silva
CNS: _____ RG: 3.035.177 CONTATO: 99586-6358
ENDEREÇO: Rua 15 de novembro CEP: 64.120-000
BAIRRO: S. Sebastião CIDADE: União UF: PI

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☐ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☒ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIATRIA
VITAIS/FC: _____ PA: _____ SAT.O2: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICÊMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES: reage a alergia Limoncello
CONFÉRCIA COMO SI
DATA: 04/09/17
ANTONIO: DIANA DA

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____ CONSELHO/REGISTRO: _____

03. HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO

Paciente de sexo feminino, 45 anos, com queixa de dor no dorso do pescoço, iniciada há alguns dias, piorando à noite e ao acordar. A dor é descrita como latejante e é agravada por movimentos de flexão e extensão do pescoço. Não há febre, tosse ou outros sintomas associados.

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☐ RX ☐ US

05. DIAGNÓSTICO

Doença aguda de etiologia desconhecida, com sintomas de dor no dorso do pescoço. Paciente apresenta sinais de dor aguda na região cervical. Sinais de dor aguda na região cervical. Sinais de dor aguda na região cervical.

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Omeprazol 20mg EV 15 gotas
2. Clonazepam 0,5mg EV 15 gotas
3. Voltaren 125mg EV 15 gotas
4. Paracetamol 1g EV 15 gotas

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA

☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM: Dr. José Torres de Araújo ENFERMEIRO(A)/COREN: _____ PACIENTE: _____

MÉDICO CRM: _____ ENFERMEIRO(A) COREN: _____

Dr. José Torres de Araújo CRM-PI 592 Enfermeiro(a) COREN

Dr. José Torres de Araújo CRM-PI 592 Enfermeiro(a) COREN

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0022-02

Boleto de Entrada - BE
ORTOPEDIA
C. Gerardo (for)

Imp: 32/07/2016 09:24:21

(Usuário: CAMILA NORBERTA)

(Estação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

| | | | |
|---|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| Nome: FABRICIA BORGES SILVA | | Prontuário: 482988 | |
| Mãe: TERESA DE JESUS BORGES SILVA | | Pai: ADALCISO PEREIRA DA SILVA | |
| End.Resid.: RUA SANTO ANTONIO 661 - SAO JOAO - UNIAO - PI - CEP: 64120-000 | | | |
| Nascimento: 05/09/1989 | Idade: 28a10m17d | Sexo: Feminino | Fone: 86-99530-3469 |
| Responsável: O MESMO | Profissão: ESTUDANTE | CNS: 706004392404246 | CPF: 043.853.593-69 • RG: - |
| G. Instrução: Médio Completo | | Civil: Desq./Divorciado(a) | |
| End.Local.: - - - | | DATA: 22/07/2018 | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | | |
|--|----------------------------------|--|-----------------------------|
| Código: 675558 | Data: 22/07/2018 09:22:33 | Condução: AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR | |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | | Convênio: S U S | |
| Acid.Trab.: Não | Trajetória: Não | Tipico: Não | CID Secundário: V299 |

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico com lesão de cabeça, lesão de membros superiores e inferiores. Atendimento inicial realizado no local do acidente. Apresenta sinais de lesão de cabeça com hemorragia epidural esquerda. Lesão de membros superiores com fratura de rádio e ulna direita. Lesão de membros inferiores com fratura de fêmur direito. Af: MV(+) e RA. AC: SNF e lesão de membros superiores e inferiores. Af: MV(+) e RA. AC: SNF e lesão de membros superiores e inferiores. Af: MV(+) e RA. AC: SNF e lesão de membros superiores e inferiores.

| | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------|---------------------|
| RA 100 X 100 mmHg | Pulso: 96/102 = 96% | FC: 115 | TECNICO: Bpm |
|--------------------------|----------------------------|----------------|---------------------|

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1) Solicitar TC de crânio, Rx de coluna cervical, RX de torax, Rx de membros superiores e inferiores. 2) Solicitar exames de laboratório: Hemograma, Coagulograma, Perfil Lipídico, Perfil Glicêmico, Perfil Renal, Perfil Hepático, Perfil Urinário, Perfil de Urina. 3) Solicitar exames de imagem: Ultrassom de abdome, Ultrassom de membros superiores e inferiores, Ultrassom de cabeça e pescoço. 4) Solicitar exames de imagem: Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada de coluna cervical, Tomografia computadorizada de torax, Tomografia computadorizada de membros superiores e inferiores, Tomografia computadorizada de cabeça e pescoço.

| | | | |
|---|--|---|---|
| ALTA: () Melhorado () Curado () Icalterado () A Pedido | Administrativa: () Por Indisciplina () Por Evasão | DESTINO: () Até 24 hs () De 24 a 48 hs () Após 48 hs | Administrativa: () Retornar à Unid. Origem: () Transferência: DATA SAÍDA: - / - / - HORA: - : - : () Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível: Prof. Solicitante Internação: |
|---|--|---|---|

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

10:30 - mensagem comunicada via telefonista (Enf. Elaine Karla).

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Imp: 22/07/2018 09:24:21

(CAMILA NORBERTA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

| | | | |
|--|-------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| Nome: FABRICIA BORGES SILVA | | Prontuário: 482988 | |
| Mãe: TERESA DE JESUS BORGES SILVA | | Pai: ADALGISO PEREIRA DA SILVA | |
| End. Resid.: RUA SANTO ANTONIO 661 - SAO JOAO - UNIAO - PI - CEP: 64120-000 | | | |
| Nascimento: 05/09/1989 | Idade: 28a10m17d | Sexo: Feminino | Fone: 86-99530-3469 |
| Responsável: O MESMO | | CMS: 706004392404246 | |
| Profissão: ESTUDANTE | | Documento: CPF: 043.853.593-69 | |
| G. Instrução: Médico Completo | | E. Civil: Desq./Divorciado(a) | |
| End. Local.: - - - | | | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | |
|--|----------------------------------|------------------------------|
| Código: 675558 | Data: 22/07/2018 09:22:33 | Clas. Cor: Indefinido |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | | Convênio: S - S |

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

| | |
|---|----------------------------------|
| Data/Hora Solicitação: 22/07/18 | ESPECIALISTA: BORO-MAXIMO |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Tumor de PEG. Sem sinais chiricos de infecção. Com chirios. Não BMR. | |
| Carimbo/Assinatura Solicitante | |

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 22/07/18 12:00

Paciente vítima de acidente motociclístico, lesões comissuras, fratura da espinha. Ad - AP. em atestado. Abdom: plano, firme, indolor e palpável. Rx de tórax: sem sinais de fraturas, sem sinais de pneumotórax.

CO. Atte de cirurgia geral

Dr. Cláudio + Dr. Ismael
MÉDICA
RM-PI 6876
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

| | |
|---|--------------------------|
| Data/Hora Solicitação: / / | ESPECIALISTA: Hm, |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: cc. bico uniax. sem sinais de | |
| Carimbo/Assinatura Solicitante | |

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /

Ortopedia. Fratura de humero

no D

Dr. Berciel Barbosa Norberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
RM-PI 5003
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
AGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 | 467 | 468 | 469 | 470 | 471 | 472 | 473 | 474 | 475 | 476 | 477 | 478 | 479 | 480 | 481 | 482 | 483 | 484 | 485 | 486 | 487 | 488 | 489 | 490 | 491 | 492 | 493 | 494 | 495 | 496 | 497 | 498 | 499 | 500 | 501 | 502 | 503 | 504 | 505 | 506 | 507 | 508 | 509 | 510 | 511 | 512 | 513 | 514 | 515 | 516 | 517 | 518 | 519 | 520 | 521 | 522 | 523 | 524 | 525 | 526 | 527 | 528 | 529 | 530 | 531 | 532 | 533 | 534 | 535 | 536 | 537 | 538 | 539 | 540 | 541 | 542 | 543 | 544 | 545 | 546 | 547 | 548 | 549 | 550 | 551 | 552 | 553 | 554 | 555 | 556 | 557 | 558 | 559 | 560 | 561 | 562 | 563 | 564 | 565 | 566 | 567 | 568 | 569 | 570 | 571 | 572 | 573 | 574 | 575 | 576 | 577 | 578 | 579 | 580 | 581 | 582 | 583 | 584 | 585 | 586 | 587 | 588 | 589 | 590 | 591 | 592 | 593 | 594 | 595 | 596 | 597 | 598 | 599 | 600 | 601 | 602 | 603 | 604 | 605 | 606 | 607 | 608 | 609 | 610 | 611 | 612 | 613 | 614 | 615 | 616 | 617 | 618 | 619 | 620 | 621 | 622 | 623 | 624 | 625 | 626 | 627 | 628 | 629 | 630 | 631 | 632 | 633 | 634 | 635 | 636 | 637 | 638 | 639 | 640 | 641 | 642 | 643 | 644 | 645 | 646 | 647 | 648 | 649 | 650 | 651 | 652 | 653 | 654 | 655 | 656 | 657 | 658 | 659 | 660 | 661 | 662 | 663 | 664 | 665 | 666 | 667 | 668 | 669 | 670 | 671 | 672 | 673 | 674 | 675 | 676 | 677 | 678 | 679 | 680 | 681 | 682 | 683 | 684 | 685 | 686 | 687 | 688 | 689 | 690 | 691 | 692 | 693 | 694 | 695 | 696 | 697 | 698 | 699 | 700 | 701 | 702 | 703 | 704 | 705 | 706 | 707 | 708 | 709 | 710 | 711 | 712 | 713 | 714 | 715 | 716 | 717 | 718 | 719 | 720 | 721 | 722 | 723 | 724 | 725 | 726 | 727 | 728 | 729 | 730 | 731 | 732 | 733 | 734 | 735 | 736 | 737 | 738 | 739 | 740 | 741 | 742 | 743 | 744 | 745 | 746 | 747 | 748 | 749 | 750 | 751 | 752 | 753 | 754 | 755 | 756 | 757 | 758 | 759 | 760 | 761 | 762 | 763 | 764 | 765 | 766 | 767 | 768 | 769 | 770 | 771 | 772 | 773 | 774 | 775 | 776 | 777 | 778 | 779 | 780 | 781 | 782 | 783 | 784 | 785 | 786 | 787 | 788 | 789 | 790 | 791 | 792 | 793 | 794 | 795 | 796 | 797 | 798 | 799 | 800 | 801 | 802 | 803 | 804 | 805 | 806 | 807 | 808 | 809 | 810 | 811 | 812 | 813 | 814 | 815 | 816 | 817 | 818 | 819 | 820 | 821 | 822 | 823 | 824 | 825 | 826 | 827 | 828 | 829 | 830 | 831 | 832 | 833 | 834 | 835 | 836 | 837 | 838 | 839 | 840 | 841 | 842 | 843 | 844 | 845 | 846 | 847 | 848 | 849 | 850 | 851 | 852 | 853 | 854 | 855 | 856 | 857 | 858 | 859 | 860 | 861 | 862 | 863 | 864 | 865 | 866 | 867 | 868 | 869 | 870 | 871 | 872 | 873 | 874 | 875 | 876 | 877 | 878 | 879 | 880 | 881 | 882 | 883 | 884 | 885 | 886 | 887 | 888 | 889 | 890 | 891 | 892 | 893 | 894 | 895 | 896 | 897 | 898 | 899 | 900 | 901 | 902 | 903 | 904 | 905 | 906 | 907 | 908 | 909 | 910 | 911 | 912 | 913 | 914 | 915 | 916 | 917 | 918 | 919 | 920 | 921 | 922 | 923 | 924 | 925 | 926 | 927 | 928 | 929 | 930 | 931 | 932 | 933 | 934 | 935 | 936 | 937 | 938 | 939 | 940 | 941 | 942 | 943 | 944 | 945 | 946 | 947 | 948 | 949 | 950 | 951 | 952 | 953 | 954 | 955 | 956 | 957 | 958 | 959 | 960 | 961 | 962 | 963 | 964 | 965 | 966 | 967 | 968 | 969 | 970 | 971 | 972 | 973 | 974 | 975 | 976 | 977 | 978 | 979 | 980 | 981 | 982 | 983 | 984 | 985 | 986 | 987 | 988 | 989 | 990 | 991 | 992 | 993 | 994 | 995 | 996 | 997 | 998 | 999 | 1000 | 1001 | 1002 | 1003 | 1004 | 1005 | 1006 | 1007 | 1008 | 1009 | 1010 | 1011 | 1012 | 1013 | 1014 | 1015 | 1016 | 1017 | 1018 | 1019 | 1020 | 1021 | 1022 | 1023 | 1024 | 1025 | 1026 | 1027 | 1028 | 1029 | 1030 | 1031 | 1032 | 1033 | 1034 | 1035 | 1036 | 1037 | 1038 | 1039 | 1040 | 1041 | 1042 | 1043 | 1044 | 1045 | 1046 | 1047 | 1048 | 1049 | 1050 | 1051 | 1052 | 1053 | 1054 | 1055 | 1056 | 1057 | 1058 | 1059 | 1060 | 1061 | 1062 | 1063 | 1064 | 1065 | 1066 | 1067 | 1068 | 1069 | 1070 | 1071 | 1072 | 1073 | 1074 | 1075 | 1076 | 1077 | 1078 | 1079 | 1080 | 1081 | 1082 | 1083 | 1084 | 1085 | 1086 | 1087 | 1088 | 1089 | 1090 | 1091 | 1092 | 1093 | 1094 | 1095 | 1096 | 1097 | 1098 | 1099 | 1100 | 1101 | 1102 | 1103 | 1104 | 1105 | 1106 | 1107 | 1108 | 1109 | 1110 | 1111 | 1112 | 1113 | 1114 | 1115 | 1116 | 1117 | 1118 | 1119 | 1120 | 1121 | 1122 | 1123 | 1124 | 1125 | 1126 | 1127 | 1128 | 1129 | 1130 | 1131 | 1132 | 1133 | 1134 | 1135 | 1136 | 1137 | 1138 | 1139 | 1140 | 1141 | 1142 | 1143 | 1144 | 1145 | 1146 | 1147 | 1148 | 1149 | 1150 | 1151 | 1152 | 1153 | 1154 | 1155 | 1156 | 1157 | 1158 | 1159 | 1160 | 1161 | 1162 | 1163 | 1164 | 1165 | 1166 | 1167 | 1168 | 1169 | 1170 | 1171 | 1172 | 1173 | 1174 | 1175 | 1176 | 1177 | 1178 | 1179 | 1180 | 1181 | 1182 | 1183 | 1184 | 1185 | 1186 | 1187 | 1188 | 1189 | 1190 | 1191 | 1192 | 1193 | 1194 | 1195 | 1196 | 1197 | 1198 | 1199 | 1200 | 1201 | 1202 | 1203 | 1204 | 1205 | 1206 | 1207 | 1208 | 1209 | 1210 | 1211 | 1212 | 1213 | 1214 | 1215 | 1216 | 1217 | 1218 | 1219 | 1220 | 1221 | 1222 | 1223 | 1224 | 1225 | 1226 | 1227 | 1228 | 1229 | 1230 | 1231 | 1232 | 1233 | 1234 | 1235 | 1236 | 1237 | 1238 | 1239 | 1240 | 1241 | 1242 | 1243 | 1244 | 1245 | 1246 | 1247 | 1248 | 1249 | 1250 | 1251 | 1252 | 1253 | 1254 | 1255 | 1256 | 1257 | 1258 | 1259 | 1260 | 1261 | 1262 | 1263 | 1264 | 1265 | 1266 | 1267 | 1268 | 1269 | 1270 | 1271 | 1272 | 1273 | 1274 | 1275 | 1276 | 1277 | 1278 | 1279 | 1280 | 1281 | 1282 | 1283 | 1284 | 1285 | 1286 | 1287 | 1288 | 1289 | 1290 | 1291 | 1292 | 1293 | 1294 | 1295 | 1296 | 1297 | 1298 | 1299 | 1300 | 1301 | 1302 | 1303 | 1304 | 1305 | 1306 | 1307 | 1308 | 1309 | 1310 | 1311 | 1312 | 1313 | 1314 | 1315 | 1316 | 1317 | 1318 | 1319 | 1320 | 1321 | 1322 | 1323 | 1324 | 1325 | 1326 | 1327 | 1328 | 1329 | 1330 | 1331 | 1332 | 1333 | 1334 | 1335 | 1336 | 1337 | 1338 | 1339 | 1340 | 1341 | 1342 | 1343 | 1344 | 1345 | 1346 | 1347 | 1348 | 1349 | 1350 | 1351 | 1352 | 1353 | 1354 | 1355 | 1356 | 1357 | 1358 | 1359 | 1360 | 1361 | 1362 | 1363 | 1364 | 1365 | 1366 | 1367 | 1368 | 1369 | 1370 | 1371 | 1372 | 1373 | 1374 | 1375 | 1376 | 1377 | 1378 | 1379 | 1380 | 1381 | 1382 | 1383 | 1384 | 1385 | 1386 | 1387 | 1388 | 1389 | 1390 | 1391 | 1392 | 1393 | 1394 | 1395 | 1396 | 1397 | 1398 | 1399 | 1400 | 1401 | 1402 | 1403 | 1404 | 1405 | 1406 | 1407 | 1408 | 1409 | 1410 | 1411 | 1412 | 1413 | 1414 | 1415 | 1416 | 1417 | 1418 | 1419 | 1420 | 1421 | 1422 | 1423 | 1424 | 1425 | 1426 | 1427 | 1428 | 1429 | 1430 | 1431 | 1432 | 1433 | 1434 | 1435 | 1436 | 1437 | 1438 | 1439 | 1440 | 1441 | 1442 | 1443 | 1444 | 1445 | 1446 | 1447 | 1448 | 1449 | 1450 | 1451 | 1452 | 1453 | 1454 | 1455 | 1456 | 1457 | 1458 | 1459 | 1460 | 1461 | 1462 | 1463 | 1464 | 1465 | 1466 | 1467 | 1468 | 1469 | 1470 | 1471 | 1472 | 1473 | 1474 | 1475 | 1476 | 1477 | 1478 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNI. DE CONTROLE, AVLIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA-DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CER/H

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSPARENCIA

DATA: 22/07/18 HORA: _____ Nº DO TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: HE-José Raula Furtado MUNICÍPIO: União
MÉDICO: Dr. João Raula Furtado CRM: 593

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (X) Trauma () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO

Nome: Fabiane Borges Filho

Data de Nascimento: 04/9/89 Idade: 28 anos Sexo: () Masculino (X) Feminino

CPR: _____ Cartão Nacional de Saúde _____

Município de Procedência: União

HDA: Acidente de trânsito com transtornos emocionais.

Apresenta ferida aberta extensa na região

do abdômen, ferida aberta extensa na região frontal.

HD: Trauma da cabeça e do pescoço.

ESCALA DE GLASGOW: 14 com alteração de localização.

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- (X) 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- (X) Orientado
- (X) 1 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- (X) 6 Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ex: _____ °C P: _____ bpm R: 18 mm PA: 130x70 mmHg As: O: 96 Glicemia: 130 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio (X) Hidratação Venosa 120,9v.
- () Aspiração (X) Medicação (especificar): Antídoto + vitamina K1
- () Curativo () Outros _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Dr. João Raula Furtado

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT ID: 34537

Clinica/Posto: _____ Senha: AVT 296701874



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Fabíola Bago Silva

Diagnóstico pré-operatório

Fratura Exposta de 2° metatarso + 2° PD

Operação - Tipo

Amputação + Fixação

Cirurgião

Dr. Bergius

1º Assistente

2º Assistente

Dr. Bergius

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

22/08/2014

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Atestado de Óbito
Nº 0000000000
Cidade: HUT
Comarca: Teresina

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

Pete no 2º met. não recuperou a função

Amputação e sutura, amputação de 2º met. + 550,37 abscissas

Redução e fixação da fratura de 2º metatarso com 2 pontos de Kirschner e 2 pontos de sutura. Fio de Kirschner no 2º met. + 550,37 abscissas. Fio de Kirschner no 2º met. + 550,37 abscissas.

Dr. Bergius

ORTOPEDIA

Dr. Bergius

ATOLOGIA

CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOI FIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 22/07/18

| | | | |
|-------------------|-----------------------------|----------------|------------|
| NOME DO PACIENTE: | Sabrina Borges | PRONTUÁRIO Nº: | 482983 |
| DIAGNÓSTICO: | Ex 2: CTT + ZC | CIRURGIÃO: | Uma + Fina |
| ANESTESIA: | | Nº DA SALA: | |
| CIRURGIÃO: | Dr. Rivaldo Barbosa Bezerra | CPF Nº: | |
| AUXILIAR: | | CPF Nº: | |
| ANESTESIA: | | CPF Nº: | |
| INSTRUMENTADORA: | Uerc | CPF Nº: | |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|----------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8 | UNID. | 02 | | LÂMINA DE BISTURI 24 | UNID. | 01 | |
| AGULHA 30X8 | UNID. | 02 | | LUVA Nº 7.5 | PAR | 04 | |
| AGULHA 40X12 | UNID. | 02 | | LUVA Nº | PAR | | |
| AGULHA RAQUE | UNID. | 01 | | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR | 04 | |
| ALCOOL 70% | ML | 200 | | PVP1 DE GERMANTE | ML | 100 | |
| ALGODÃO | BOLA | 02 | | PVP1 TÓPICO | ML | 50 | |
| ÁGUA OXIGENADA | ML | 100 | | PVP1 TINTURA | ML | | |
| COMPRESSA | PAC. | 02 | | SERINGA 20CC | UNID. | 01 | |
| EQUIPO MACRO-GOTA | UNID. | 01 | | SERINGA 10CC | UNID. | 01 | |
| ESPARADRAPO | CM | 40 | | SERINGA 5CC | UNID. | 01 | |
| ESCALPE Nº | UNID. | | | SERINGA 3CC | UNID. | | |
| FORMOL | ML | | | SORO FISIOLÓGICO | FRASCO | 04 | |
| GASES | PAC. | 04 | | SONDA URETRAL | UNID. | | |
| JELCO Nº 20 | UNID. | 01 | | ca/for ocular | 11 | 01 | |
| FIOS | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCCORRÊNCIA | | | |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG | | | | crepom | 01 | 01 | |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. | | | | | | | |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG | | | | | | | |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG | | | | | | | |
| ALCOFIL | | | | | | | |
| MONONYLON | 7-0 | 03 | | | | | |
| FITA UMBILICAL | | | | ENFERMARIA: | | | |
| VICRYL | | | | CIRCULANTE: Bone | | | |
| PROLENE | | | | | | | |

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Otto 1820 Redenção - Fone: 36 3210 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 09.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FABRICIA BORGES SILVA** (Prontuário: 482968)
 Endereço: RUA SANTO ANTONIO 661 - SAO JOAO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
 Nascimento: 05/09/1989 Idade: 28a10m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 675558
 Requisição: 857499 Solicitação: 22/07/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1060964 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0203010079

Data Exame: 22/07/2018

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 SUBGALEAL FRONTAL À ESQUERDA.
- 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.
- FRATURAS NAS PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DO SEIO FRONTAL ESQUERDO, COM EXTENSÃO ORBITÁRIA IPSILATERAL.

(SANTO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/07/2018

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.863-15 2443 CRM

Profissional Responsável

Adriano Junior Rosendo Carneiro
 Médico: 63324
 Exame: HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tilo 1820 Rodenópolis - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FABRICIA BORGES SILVA** (Prontuário: 482988)
 Endereço: RUA SANTO ANTONIO 861 - SAO JOAO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
 Nascimento: 05/09/1989 Idade: 28a10m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 675558
 Requisição: 857498 Solicitação: 22/07/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1060983 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 22/07/2018

T.C. DE FACE

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

- AUMENTO DE VOLUME E DENSIDADE DE PARTES MOLES PERIORBITÁRIAS À ESQUERDA, COM ENFISEMA ASSOCIADO.
- FRATURAS NAS PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DO SEIO FRONTAL ESQUERDO, COM EXTENSÃO AO TETO ORBITÁRIO HOMOLATERAL.
- HEMOSSINUS FRONTO-ETMOIDAL À ESQUERDA.
- LEVE ESPESSEAMENTO DO REVESTIMENTO MUCOSO NO ASSOALHO MAXILAR DIREITO,

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/07/2018

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

Atestado emitido e assinado pelo profissional responsável
 MARCELO COELHO AVELINO
 CPF: 552.218.663-15
 COMPREZIMO ORIGINAL

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Sadeapão - Fone: 35 3215 3443

TERESINA-PI CEP: 64017-376 CNPJ: 03.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FABRICIA BORGES SILVA** (Frontuário: 452888)
 Endereço: RUA SANTO ANTONIO 851 - SÃO JOÃO - URBANO - PI CEP: 64120-000
 Nascimento: 05/09/1989 Idade: 28a17m15s Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 219071
 Qualificação: 857621 Solicitação: 22/07/2018 Solicitante: BEAGIEL BARBOSA BEZERRA
 Título: 1061143 Convenio: S U B CLÍNICA ORTOPÉDICA - P1* ENFERMARIA 230 LETO 225

RELATÓRIO:

1. SIA: 0204050150

Data Exame: 22/07/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em AP/Oblíqua.
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fraturas alinhadas, com fixação metálica, na falange proximal do 2º pododáctilo e no 2º metatarsiano.
- Superfícies e espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações.

Dr. ANTONIO

TERESINA - PI 21/08/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.525.523-04 CRM - 1727

Profissional Responsável



[Handwritten signature]



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
RUA Dr. Otto Tito 1820 - Residência - Fone: 35 3215 3445
TERESINA-PI CEP: 64017-370 CNPJ: 06.922.819/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FABRICIA BORGES SILVA** (Frenquência: 452333)
Local: **RUA SANTO ANTONIO 661 - SÃO JOÃO - (NIAO) - PI CEP: 64120-000**
Atendimento: **05/03/2019** Idade: **28a11m16d** Sexo: **Feminino** Origem: **URBÊNCIA/EMERG** Atendimento: **675658**
Registração: **857457** Solicitação: **23/07/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: **1060943** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080150

Data Exame: 23/07/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em AP/Oblíqua.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na cabeça do 2º metatarsiano e falange proximal do 2º pododactilo
- Superfícies e espaços articulares íntegros
- Partes moles sem alterações.



(SANTO ANTONIO)

TERESINA - PI 21/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.525 633-34 CRM- 1727
Profissional Responsável

Handwritten signature

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
NÚMERO 3.035.177 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/06/07

NOME **FABRÍCIA BORGES SILVA**

FILIAÇÃO **TERESA DE JESUS BORGES SILVA
ADALGISO PEREIRA DA SILVA**

NATURALIDADE **UNIÃO-PI** DATA DE NASCIMENTO **05/09/1989**

DOC. ORIGEM **CERT. NASC. 107672 L 109 F 43V**

CPF **EXP UNIAO 02/07/01**

TERESINA - PI

Assinatura do titular

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLEGA ESQUERDA

Assinatura do titular

CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
043.853.593-69

Nome
FABRICIA BORGES SILVA

Nascimento
05/09/1989

DE SEGURANÇA

19 NOV 2018

Emissão

CORREIOS