

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 PODODACTILO 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 NOVEMBRO, 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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

2º DEDO DO PÉ DIREITO.

% 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

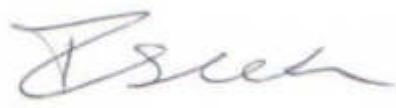
Região Corporal (Sequela):

% 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.



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:

0488359369

Nome completo da vítima:

Fabricia Borges Silva

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

Nome completo:

Fabricia Borges Silva

CPF:

043.853.593-69

Profissão:

Reusa

Endereço:

Rua 15 DE NOVEMBRO

Número:

1523

Complemento:

CEP

64120-000

Bairro:

Centro

Cidade:

União

Estado:

PIAUÍ

E-mail:

Tel.(DDD):

(66) 93553-0248

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

RENDIMENTO:

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4288

CONTA: 13475

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 assinalar uma das opções:

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

15 NOV 2018

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 corridos.

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 Lider 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:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (veja nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 omisão 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:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clareza do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

MORTE

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

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 NOVEMBRO, Nº

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Cidade: UNIÃO

✓ CORREÇÃO
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

Nome: ELICE PEREIRA DA SILVA BORGES

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Mãe: TERESA DE JESUS BORGES SILVA

Pai: ADALGISO PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA QUINZE DE NOVEMBRO, Nº

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Cidade: UNIÃO

Nome: FLAVIA 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 NOVEMBRO Número: Complemento:

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Proprietário: FABRICIO DA SILVA CRUZ

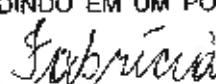
Cidade: TERESINA UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

NOTICIANTE COMPARÉCEU 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

Boletim de Ocorrência emitido em: 24/10/2018 12:51 - SisBO@2011-2018 ATI

Página 1/2





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

1493 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 107500.001606/2018-52

RECUPEROU A CONSCIÊNCIA ESTAVA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO; QUE SABE QUE APÓS O ACIDENTE, TESTEMUNHAS ACONTRARAM A AMBULANCIA DO SAMU; QUE APÓS A AMBULANCIA DO SAMU CHEGAR NO LOCAL, OS ENFERMEIROS PRESTARAM OS PRIMEIROS SOCORROS E A LEVARAM ATÉ O HOSPITAL DESTA CIDADE; QUE EM DECORRÊNCIA DO CHOQUE, A NOTICIANTE SOFRERU 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 CIRÚRGICA; QUE NÃO UTILIZAVA CAPACETE. E NEM POSSUI CNH; ERA O QUE TINHA PARA COMUNICAR.

Renilson Sousa Santos - Mat. 2868067
AGENTE DE POLICIA

Fabrício Borges Silver

FABRICIA BORGES SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Policia

2018
DE SEGUROS
NOV 2018

DRIVAT

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:	Nome completo da vítima:
	0488359369	Fabricia Borges Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Fabricia Borges Silva	
Profissão:	Eereço:	CPF:
Reusa	Rua 15 DE NOVEMBRO	043.853.593-69
Bairro:	Cidade:	Número:
Centro	União	1523
E-mail:	Estado:	Complemento:
	PIAUÍ	CEP: 64120-000
		Tel.(DDD): (66) 93553-0248

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 4288 CONTA: 13475 (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 Lider 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 **(assinalar 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 corridos.

15 NOV 2018

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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (veja nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 omisão 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: 10/11/18
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

* Fabricia Borges Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Assinatura do Procurador (se houver)

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

RECEBERÁMOS ALÉM DA RÁPIDA DA INDENIZAÇÃO, VOCÊ É COMPROVANTE DE DESCRIÇÃO DE TRÂNSITO.



SAMU

192 220918

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nome do Solicitante:	Tânia				
Contato do Solicitante:	3491-1676				
SAIDA DO PA:	05:39	CHEGADA AO LOCAL:	05:43	SAIDA DO LOCAL:	05:55
CHEGADA AO HOSPITAL:	05:57	SAIDA DO HOSPITAL:	06:15	CHEGADA AO PA:	06:19

NOME DO PACIENTE: Fabrícia

SEXO: () MAS (X) FEM IDADE:

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua 11 da Tumba (próx. bon sítio)

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:	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PUPILAS	FALA
() Alerta	(X) Igualis	() 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	1 ^a Verificação	2 ^a Verificação
HORA:		
SATURAÇÃO	99	
P.A.	100/60	
PULSO	149	
RESPIRAÇÃO	20	
GLICEMIA	130	
TEMPERATURA	35,9	

OBSERVAÇÕES:

Paciente vítima de acidente automobilístico (fute). Corre com sua região frontal da cabeça e no tórax e algumas pressões. Incapaz de descrever. Sem paroxismos (disso suspiro). Alucinada.

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 consta com a original
Em 14/10/18

ENTRADA NO HOSPITAL		
() Melhorando	() Severa Gravidade	() Indeterminado
() Piorando	() Média Gravidade	() Óbito antes do Socorro
(X) Inalterado	() Pequena Gravidade	() Óbito no transporte
() Coma	() Ileso	

Verilly da Silva Pereira
Enfermeiro COEN-PI 19440
Comendador de São Lourenço-PI
CPR 00000000000000000000000000000000

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

HOSPITAL DE DESTINO: UMUSOCORRISTA:
Katia Nequitá da Ponte
COEN-PI 19440-00000000000000000000000000000000RECEPÇÃO DO HOSPITAL:
2018-10-14 06:15:00MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A)
Verilly da Silva Pereira

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/BIBLIOTECAWEB/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 falsa 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antonio da Silva Borges inscrito (a) no CPF/CNPJ 496.923.053-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FABRICIA BORGES SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.853.593-69, do sinistro de DPVAT cobertura IPB, da Vítima FABRICIA 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		Número	Complemento	
<u>Rua CominDE</u>		<u>2038</u>		
Bairro	<u>Centro</u>	Estado	CEP,	
	<u>União</u>	<u>Piauí</u>	<u>64120-000</u>	
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
				<u>(86) 99534-5753</u>

UNIÃO PI 12 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

12/11/2018

Antonio da Silva Borges

Assinatura do Declarante



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.458.308/0001-93
E-mail: direcachospital.hmu.pi@gmail.com

wide-t' H-U-7

08:06

106

FICHA DE ATENDIMENTO



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Dito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0022-02

~~BUCALMAGNET~~ OPTOPÉDIA
C. GENE (OPT)
~~SUS SUS~~

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

User: CAMILA NORBERTO
(Entrada: 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: 28 Anos	Sexo: Feminino
Responsável: O MESMO		CNS: 706004392404246
Profissão: ESTUDANTE	TOMOGRAFIA ALVADAS	CPF: 043.653.593-69 * RG: -
G. Instrução: Médio Completo	EXAME: TUMOR, TUM	E.Civil: Desq./Diversificado(a)
End. Local.: - - -	DATA: 06/07/2018	

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 US	
Acid.Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V290

DADOS CLÍNICOS:

Exame de rotina da paciente mostrando que não há alterações graves e normais no exame de coagulação. Nenhum sinal de infecção ou lesão no exame ginecológico. Apresenta náuseas e vômitos e dor abdominal. Aferição arterial de 90 mmHg e PAF de 120 mmHg. Peso: 60kg e altura: 1,60m. Exame de fundo de olho normal. Exame de urina com resultado de urinália negativo. Rx de tórax e abdomen.

Rx 100 x 100 mmHg	Pulse: 96tos = 96%	FC: 115	TECNICO: Bpm
DATA: 22/07/2018			

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- ① Seta para TC da crânio, Rx da coluna cervical, Rx do tórax e Rx da pelve.
- ② Seta para realização de USG abdominal.
- Cicatriz aguda da mama esquerda.
- Sangue na urina.

<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> TA Pedido	<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência:
		DATA SAÍDA: / / HORA: :
DESTINO: () Até 24 hs () De 24 a 48 hs () Acima de 48 hs		
ÓBITO: () Família () INL () Amis. Patol.		
Proced. Solicitado: CID Compatível:		
Prof. Solicitante Internação:		

Dr. (Assinatura) /
MÉDICO
RM-PLESTE

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

At. de 30 minutos comunicado via telefonista (Enf. Edilene Karla).



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otávio Fito 1820 - Redenção - Fone: 86 3216 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

Imp: 22/07/2018 09:24:21
 (CARMILA NORBERTA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FABRICIA BORGES SILVA		Prontuário: 482988
Mae: 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: 29 anos	Sexo: Feminino Fone: 86-99530-3469
Responsável: O MESMO	CNS: 706004392404246	
Profissão: ESTUDANTE	Documento: CPF: 043.693.593-69	
G. Instrução: Nômico Completo	E.Civil: Desq./Divorciado(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 22/07/18 : ESPECIALISTA: *Bruno Machado*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Traumat de Poco. Seu SINAL clinico de Patoxim. Conforto chinado na BAIR*

Dr. Bruno Machado + Dr. Inmael MEDICA CRM-PI 6876

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 22/07/18 13:00 *limpa que limpa*

Paciente vítima de acidente motociclistico. Chegou com dor no lado esquerdo do abdômen. Abdomen: óptimo, dor moderada, indireta e palpável. Rx de tórax: sem nenhuma lesão pulmonar. Rx de abdômen: sem nenhuma lesão abdominal.

Dr. Inmael MEDICA CRM-PI 6876

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / : ESPECIALISTA: *her*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *co-brake*

co-brake

Dr. Bruno Machado + Dr. Inmael MEDICA CRM-PI 6876

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / *Dr. Bruno Machado + Dr. Inmael MEDICA CRM-PI 6876*

Dr. Bruno Machado + Dr. Inmael MEDICA CRM-PI 6876

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



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 INTERNACÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSPARENCIA

DATA: 22/07/18 HORA: 10:00 N° DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital São João Roelio Fundão MUNICÍPIO: Fundão

MÉDICO: Jeronimo Viana CRM: 593

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica (X) Trauma () Cirúrgico () Pediatra () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO

Nome: Fábio Henrique Ribeiro Siqueira

Data de Nascimento: 06/09/89 Idade: 28 anos Sexo: () Masculino (X) Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Município de Procedência: Guaraí

HDA: A paciente de exato seu traumato no que se refere ao seu olho direito, fazendo certo esforço extra para ver claramente o que está diante de si, podendo ser visto que não tem flutuabilidade.

HD: Transtorno da visão visual opal. Existe dor

ESCALA DE GLASGOW: 14 com dificuldade de realização.

ABERTURA OCULAR

4 - Espontânea

3 - Comatudos

2 - À dor

1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

() Orientado

(X) Confusa

3 - Palavras impróprias

2 - Palavras incompreensíveis

1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

() Obedece a comandos

5 - Localiza dor

4 - Movimento de retirada

3 - flexão anormal

2 - Extensão anormal

1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ex: 36,5°C P: 18 bpm R: 18 mm PA: 130x70 mmHg As: O: 96% Olicemias: 130 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio (X) Hidratação Venosa: H2O, 9V.

() Aspiração (X) Medicamento (especificar): Similac + voltaren 75

() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

Dr. Antônio de Araújo
Médico
CRM-PB 3000

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HVT Senha: ID: 34537

Clínica/Posto: Senha: AUT: 2967C1874



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Fabrícia Bagn Silveira

Diagnóstico pré-operatório

Fractura exposta da 2ª metade + 2º PD QD

Operação - Tipo

Luxo + Fixação

Cirurgião

Dr. Bagn

1º Assistente

2º Assistente

Dr. Benedito

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiada

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

22/08/08

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

\$

Relatório Imediato do Patologista

Assinatura do patologista
Médico de plantão
COPA 2008/2009

Acidente Durante a Operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Pete na OSA na luxação
Aspira e antissepsia com glicerina
Luxo + SGO 37 aberto
Reduz e fixa os fios de 4
2ª metade da 2ª prosthethic D com
Fio de Kirschner e manta metadona
corta a ponta da fio com lâmina

Dr. Bagn
ORTOPEDICO
CRM-PI



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETO DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica

DATA 22/07/18

NOME DO PACIENTE:	<u>Fabrício Borges</u>	IDENTIFICATIVO N°:	<u>182983</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>fr exp</u>	CIRURGIA:	<u>caixa f f</u>
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	
CIRURGIAO:	<u>Dr. Herivel Barbosa Bezerra</u> CRM-PI 2919 CRM-FILOLOGIA	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESIA:		CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Ver</u>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA N°	PAR	<u>01</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA N°	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>01</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>200</u>		PVP DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>02</u>		PVP TÓPICO	ML	<u>50</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>100</u>		PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>10</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>04</u>	
GASES	PAC.	<u>01</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JÉLCO N°	UNID.	<u>01</u>		<u>cateterizar ouvir</u>	UNID.	<u>01</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>prepom</u>		<u>01</u>	<u>01</u>
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	7-0	<u>03</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>Bone</u>		
PROLENE							

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Fabiana Braga Soárez</i>					Nº DE REGISTRO		
DATA: 22/07/18		P. ARTERIAL 130/80	PULSO 90	RESPIRAÇÃO 12	TEMPERATURA 36	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLUCEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Normal</i>							
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Normal</i>					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA BRONQUIITE		
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <i>Consciente, orientado</i>					CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fibrose cística com p.º</i>					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)					APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3						TOTAL DE DÓSES
		<i>1 Checante</i> <i>2 Fármaco</i> <i>3 Hormônio</i> <i>4 Glucose</i> <i>5 Hidroclorotiazida</i> <i>6 Insulina</i> <i>7 Reanimação</i> <i>8 Sedativo</i>					
LÍQUIDOS	SÓ-LUTO 500	<i>100</i> <i>200</i>					SEQUÊNCIA
	SANGUE 300	<i>100</i> <i>200</i>					
TEMPERATURA T	C° 38	260	<i>100</i> <i>200</i>				
		240	<i>100</i> <i>200</i>				
P. ARTERIAL V	2	200	<i>100</i> <i>200</i>				
		180	<i>100</i> <i>200</i>				
PULSO	1	160	<i>100</i> <i>200</i>				
		140	<i>100</i> <i>200</i>				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	100	120	<i>100</i> <i>200</i>				
		100	<i>100</i> <i>200</i>				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	80	80	<i>100</i> <i>200</i>				
		80	<i>100</i> <i>200</i>				
RESPIRAÇÃO O	40	40	<i>100</i> <i>200</i>				
		40	<i>100</i> <i>200</i>				
SÍMBOLOS <i>Rayos X, anestesia</i>					DURAÇÃO		
TÉCNICAS <i>Rayos X, anestesia</i>					INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES <i>Brasileiro</i>					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
ANESTESISTAS <i>Amanda Gomes Vale Adelino</i> ANESTESIOLOGISTA CRM-PB:4.981							
<i>Paciente com bronquiite aguda, obstrução crônica e crônica. Insuficiência pulmonar.</i>							
PARTICULARIDADES							



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Cito 1820 - Redenção - Fone: 86 3210 5445
 TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

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: 857498 Solicitação: 22/07/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1060984 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

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.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/07/2018

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.863-15 CRM

Profissional Responsável

Kleber Júnior - Assistente Odontológico
 Matrícula: 69224
 Lograd: HUT
 CONCEPÇÃO REGIONAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Octávio Pinto 1820 - Rodovia - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA - PI CEP: 64027-270 CNPJ: 35.522.917/0022-02

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: **657498** Solicitação: **22/07/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1080983** Convênio: **SUS**

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, EVIDENCIOU:

- 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 ESPESSAMENTO DO REVESTIMENTO MUCOSO NO ASSOALHO MAXILAR DIREITO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/07/2018

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 CRM

Profissional Responsável,

Até o momento não foi constatado
 anormalidade.
 SADIE: 100%
 CONCLUSÃO: NORMAL

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Edifício 40 - Fone: 86 3216 8442
 TERESINA-PI CEP: 64017-370 CNPJ: 03.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FABRICIA BORGES SILVA** (Fronteira: 462888)

Endereço: **RUA SANTO ANTONIO 861 - SÃO JOÃO - UNIÃO - PI CEP: 64120-000**

Documento: **05/09/1989** Idade: **28 anos** Sexo: **Feminino** Objeto: **INTERNAÇÃO**

Quilômetro: **867621** Sollicitação: **22/07/2018** Sollicitante: **BARBOSA BEZERRA**

Telefone: **1061144** Convenio: **SUS** Clínica: **CIRÚRGICA - PI** Atendimento: **219071**
ENFERMARIA 230 LERTE 226

RELATÓRIO:

1. DIA: 0204080150

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.
- Parésis末梢 sem alterações.

O autorizado:

TERESINA - PI 21/08/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-04 CRM - 1727
 Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Edesacão - Fone: 26 3216 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-370 CNPJ: 06.522.817/0012-62

LAUDO MÉDICO

Paciente	FABRICIA BORGES SILVA (Fronteira 452488)		
Endereço	RUA 31070 ANTONIO 661 - SÃO JOSÉ - CNJAO - PI CEP. 64120-030		
Localização	05/07/2018 - Idade: 28±1m±6s	Sexo: Feminino	Origem: URGENCIA/EMERG
Identificação	667457	Solicitante: FABIO MARÇOES DE SOUSA	Atendimento: 679668
Controle	1060948	Conselho: 6 U S	

RELATÓRIO:

Ref: SIA: 667457

Data Exame: 23/07/2018

PEQUENO PODODACTILO DIREITO

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

- Fratura na cabeça do 2º metatarso e o falange proximal do 2º pododáctilo.
- Subfíssis e espacos articulares integros.
- Perímetros sem alterações.

TERESINA - PI 21/08/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 227.526.623-84 CRM: 1727
 Profissional Responsável

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.035.177

DATA DE EXPEDIÇÃO

28/06/07

MINISTÉRIO

NOME
FABRÍCIA BORGES SILVA

RESIDÊNCIA

TERESA DE JESUS BORGES SILVA
ADALGISO PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE

UNIÃO-PI

DOC. CRISBEM

CERT. NASC. 107672 L 109 F 43V
EXP UNIAO 02/07/01

CPF

TERESINA - PI

Fabricia Borges Silva
SÉRIE A
NÚMERO DO CERTIFICADO
VALIDADE 02/07/2001

DATA DE NASCIMENTO

05/09/1989

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Fabricia Borges Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

DE SEGURANÇA

19 NOV 2018

