

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: 22/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA DAS CHAGAS DOS SANTOS SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 000000005753-7

Nr. da Autenticação 6D871DED3367C3CF

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190316288 **Cidade:** Lagoa do Sítio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS DOS SANTOS SOUSA **Data do acidente:** 23/01/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190316288 **Cidade:** Lagoa do Sítio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS DOS SANTOS SOUSA **Data do acidente:** 23/01/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Declaração do Proprietário do Veículo

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Eu: FRANCISCO LEOMAR FERREIRA

RG nº 29.444.339-3 data de expedição 12/08/2013

Órgão SSPSP, portador do CPF nº 834.724.103-10, com domicílio na cidade de LAGOA DO SITIO, no Estado de PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) POVOADO SÃO DOMINGOS, nº SIN, complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima FCA DAS CHAGAS DAS SANTOS SOUSA, cujo o condutor era FRANCISCA DAS CHAGAS DAS SANTOS SOUSA

Veículo: MOTOCICLETA HONDA BIZ 125 KS

Modelo: 2012

Ano: 2012

Placa: MIS-6104

Chassi: 9C2JC48J0CRUJ1172

Data do Acidente: 23/05/2019

Local e Data: LAGOA DO SITIO DO PIAUI-PI 30/04/2019

x Francisco Leomar Ferreira
Assinatura do Declarante



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

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-006 - Fone: (85) 3465-1171

RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCISCO LEOMAR FERREIRA, DOU
FE. EM TEST. DA VERDADE, VALENÇA DO PIAUI-PI, 06/05/2019.
Emol.: 3,85 TJ: 0,7 FMP: 0,10 Selbr: 0,26 Total: 4,91 Selotabo: 56622
(F160P14)



Ana Cláudia Melão L. F. Chaves Barbosa
Escrivente Autorizada

FRANCISCA DAS CHAGAS SANTOS SOUSA
Nasc.: 24/10/1978 Idade: 40 ANOS, 2 MESES, 30 DIAS Profissão:
End.: SÃO DOMINGOS, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: **LAGOA DO SÍTIO/PI**
Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Pai: JOSE DA CRUZ NONATO DE SOUSA

CPF: - RG: 1602550 - SUS: 898002332338383 Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64308-000

Clinica: **CLINICA GERAL** Documento: 2640 - HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA
Responsavel: FRANCISCA DAS CHAGAS SANTOS SOUSA - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

23/01/2019 8:36 0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Doença de fratura (SIC)
Fratura Clavícula E
algum exame de
pele comi

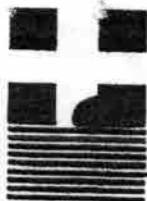
Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

1) Regulador - (Tensão Arterial)
(Urgenciando Sintoma)

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira
Médico
CRM-2640
RGT 260 123-7

Ass. Técnico



HREP

HOSPITAL REGIONAL
EUSTÁQUIO PORTELA

VALENÇA-PI

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV. SANTOS DUMONT, S/N - CENTRO - VALENÇA DO PIAUÍ
CNPJ: 06.553.564/0011-00
TELE/FAX: (89) 3465-1369 / 3465-1015

15

FORMULÁRIO DE REGULAÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Francisca de Chagas Santos Sousa
DN: 24/01/78 IDADE: 40a CNS: _____
NOME DA MÃE: Maria da Penha de Sousa
ENDEREÇO: Logradouro - Piau - Pi
CIDADE DE ORIGEM: Valença de Piau - Pi
RESPONSÁVEL: A

II - DADOS DO ENCAMINHAMENTO

DATA 23/01/19

CONDIÇÕES DO PACIENTE:

Aptidão - Paciente de dor, acidente de trânsito (SCL)

DIAGNÓSTICO:

Fratura de Clavícula E

EXAMES REALIZADOS:

Rx de Ombro E (2cm).

TRATAMENTO REALIZADO:

Clínico.



MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

ED - Especializada

III - DADOS DA REGULAÇÃO / ENCAMINHAMENTO

SENHA: 20190123194568
DATA DA SENHA: 23/01/19
HOSPITAL: Hospital Regional Eustáquio Portela
ESPECIALIDADE: Ortopedia e Traumatologia
MOTORISTA: Christiano Cavall

IV - ASSINATURA DOS PROFISSIONAIS

Caro 380911
ENFERMEIRO (A)
Antônio M. de Oliveira
Médico
CRM 2640
CPF 491.260.133-72
MÉDICO (A)



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTONOR NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0607048
Data: 23/01/2019
Funcionario: ANAPAUULA

Registro: 405192
Hora: 19:33:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 145

SUS

FRANCISCA DAS CHAGAS DOS SANTOS SOUSA

Nasc.: 24/10/1978 Idade: 40 ANOS, 2 MESES, 30 DIAS Profissão:
End.: PROJETADA, 404 - Bairro: DOCA
Cor: PARDA Telefone: (89) 9904-2145 Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS

CPF: 001.109.363-37 - RG: 1602550 - SUS: 89800233233838

Civil: OUTROS CEP: 64308-000
Cidade: LAGOA DO SITIO/PI
Pai: JOSE DA CRUZ NONATO DE SOUZA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: TRANSPORTE PROPRIO

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação

Paciente apresentando trauma de

Exames Complementares:

mot com lesão no ombro

Diagnostico provavel:

fratura do clavículo e/ou

Prescrição Médica:

*1/ Raxit clonido esquelético
2/ Do ortopedista*

Vol: 1/ In tranqüilo

Dr. Jose Maria de Araujo Filho

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI
Hora: 19:40:04

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: PCT VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO HA MAIS OU MENOS 30DIAS, REFERE DOR EM MSE NO MOMENTO, APRESENTANDO FRATURA EM CLAVICULA ESQUERDA(SIC)

Alergias: NEGA

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

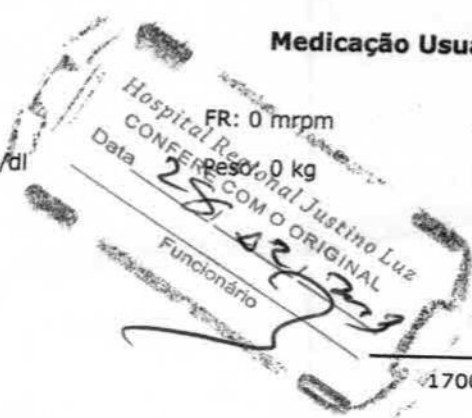
Dor:

Reso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: AO CLINICO



170029 - VIANNIKA EVIWLDA COSTA LEAL
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino: _____

Hora: _____

Francisca das Chagas dos Santos Sousa
FRANCISCA DAS CHAGAS DOS SANTOS SOUSA
Paciente ou Responsável

6801 - JOSE MARIA DE ARAUJO FILHO
Médico Responsável



CNICAD - PI: 1.107.892
COBEN - PI: 1.107.892



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 MAI 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME: <i>Francisca da Luz S. Sousa</i>		DATA: 31/01/2019
HD:		PRESCRIÇÃO MÉDICA
1. DIETA ESTRITA <i>leves</i>		2. JELCO SALINIZADO
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG		4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h S/N
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N		6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N
7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H S/N		8. OMEPRAZOL 40MG 01 COMP. V.O PELA MANHÃ
9. SSVV+CCGG		
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
OBSERVAÇÕES		
R. MET		
Data: <i>22/02/2019</i>		
Funcionário		
Hospital Regional Juscelino Kubitschek		
CONFERE COMO ORIGINAL		

Ronald Cortez Barros
Oftalmologista
CRM-9559

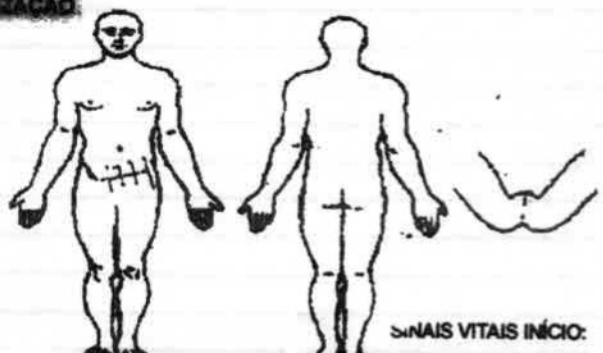
CRM-67.834.193-00

REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

31/04/19

CIRCULANTE Ruth + Ana Mariana SALA Nº 02
ENTRADA NA SO 16:40 INÍCIO DA ANESTESIA: 16:50 INÍCIO DA CIRURGIA 17:00
SAÍDA DA SO _____ TÉRMINO DA ANESTESIA 17:20 TÉRMINO DA CIRURGIA 17:50
CIRURGIA PROPOSTA: _____
CIRURGIA REALIZADA Osteossíntese de clavícula.
CIRURGIÃO Dr. Ronaldo ANESTESIOLOGISTA Dr. Claudio INSTRUMENTADOR _____
ASSISTENTES: 1º _____ CRM _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO



PLACA DE BISTURI ELÉTRICO ☐
ELÉTRODOS ☐
INCISÃO CIRÚRGICA ☐
OXIMETRIA DE PULSO ☐
PANI ☐

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 120x80 SATO 100% FC 80 bpm
SINAIS VITAIS TÉRMINO PA 110x80 SATO 100% FC 80 bpm

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
NÃO VERIFICADO
09 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

TIPO DE ANESTESIA

☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO
☐ BLOQUEIO AXILAR
☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2
☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX
☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20
☐ BLOQUEIO PERIBULBAR
☐ GERAL COMBINADA (V+1)
☐ GERAL INALATÓRIA

☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL LOCAL
☐ PERIDURAL ☐ COM CATETER
☐ SEDAÇÃO ☐ SEM CATETER
☐ SEDAÇÃO + LOCAL
☐ TÓPICA

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____ ☐ COM CUFF ☐ SEM CUFF
☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____
☐ OUTRAS _____

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA

☐ DORSAL ☐ GINECOLÓGICA ☐ LATERAL ESQUERDO ☐ SENTADA ☐ TREDELEMBURG
☐ VENTRAL ☐ LITOTÔMICA ☐ LATERAL DIREITO ☐ SEMI-FOWLER

PREPARO DA PELE

DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR ☐ PVPI DEGERMANTE ☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA ☐ PVPI TÓPICO
☐ PVPI ALCOOLICO ☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO
☐ EQUIPE MÉDICA ☐ EQUIPE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTOS

☐ CATETERISMO VESICAL ☐ TRICOTOMIA ☐ PASSAGEM SNG ☐ ASPIRAÇÃO
☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl ☐ FUNÇÃO VENOSA _____

☐ SONDA URETRAL Nº _____ ☐ COLETOR ☐ UROSTOP ☐ AP BARBEAR ☐ SNG Nº _____
☐ SONDA FOLEY Nº _____ ☐ LANCETA _____ UND ☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____ ☐ JELCO Nº _____

GASTO DE MATERIAIS

TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH _____ UNID ☐ GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg ☐ NÃO SE APLICA
LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO ☐ COXA ☐ PANTURRILHA
TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____

SERVIÇOS

☐ ANATOMIA PATOLÓGICA ☐ NÃO ☐ SIM LOCAL _____ Nº DE FRASCOS _____
☐ LABORATÓRIO ☐ RX ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM ☐ OUTROS _____ NÃO SE APLICA

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
Francisca das Chagas dos						
PROCEDIMENTO				SALA		
Instrumentise de cravícula				APARELHAGEM		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL			
SERINGA 1 ML 3 ML	01			ARCO CIRÚRGICO		
SERINGA 5 ML/10 ML	02			BOMBA DE INFUSÃO		
SERINGA 20 ML	03			ASPIRADOR		
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE		
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO		
AGULHA 40X12				ULTRASSON		
ALGODÃO				STIMUPLEX		
ÁGUA DESTILADA	02					
PVPI						
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE						
ATADURA COM CREPOM N-15	02					
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA						
LIDOCAÍNA	02					
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES	01					
CAT-GUT-CROMADO	01					
FIO DE ALGODÃO						
NYLON	02					
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE						
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL						
LUVA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	02					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM						

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

USO DA SALA

INÍCIO	16:50	TÉRMINO	17:20	DURAÇÃO	3:2
OPERAÇÃO	Instrumentise de cravícula				
CIRURGIÃO	Dr. Ronaldo				
AUXILIAR	J				
ANESTESISTA	Dr. Cláudio				
TIPO DE ANESTESIA	Bloqueio				
INSTRUMENTADOR					
OCORRÊNCIAS					



Ronaldo Cortez Barros
Ortopedista/Traumatologista
CRM 2925
CPF: 673.564.193-00

MÉDICO: _____
ENFERMEIRA(O): _____
TÉC. ENFER.: Ruth

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

PRONTUÁRIO		CLÍNICA			
DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
31/01/19		3 - 30ml			189-45

RELATORIO DE INFERMAGEM	
HORARIO	OBSERVAÇÕES
1) 08:00 - 10:00	14/05/2014
2) 10:00 - 12:00	15/05/2014
3) 12:00 - 14:00	16/05/2014
4) 14:00 - 16:00	17/05/2014
5) 16:00 - 18:00	18/05/2014
6) 18:00 - 20:00	19/05/2014
7) 20:00 - 22:00	20/05/2014
8) 22:00 - 00:00	21/05/2014

Dr. Cortez Barros
Especialista em Traumatologia
CRM 2925
Otopneumático 184-90
Cep: 813.554.184-90

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Hospital Regional Justino Lima
CONFERE COM O ORIGINAL
Data _____
Funcionário _____

ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILÁTICA

☐ NÃO ☒ SIM

☐ NOME

Refilicorano lg (02)

HORÁRIO

16:50

CURATIVO

☐ LIMPA

☐ POTENCILMENTE CONTAMINADA

☐ CONTAMINADA

☐ INFECTADA

CIRURGIA

☐ GAZE ALGODOADA

☐ ATADURA DE CREPOM

☐ GAZE VASELINADA

☐ ALGODÃO ORTOPEDICO

☐ PELÍCULA TRANSPARENTE

☐ TAMPÃO OCULAR

☐ TAMPÃO VAGINAL

☐ TAMPÃO NASAL

☐ COM CÂNULA

☐ SEM CÂNULA

☐ DRENO PENROSE Nº

☐ STERI-STRIP

☐ ATADURA GESSADA

☐ OUTROS

☐ TALA DE PVC

☐ PROTETOR OCULAR

☐ POMADA

☐ COLÍRIO

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

NÍVEL DE CONSCIENTIA TERMO

☐ SONOLENTO

☐ SEMI-NARCOSE

☐ CHOROSO

☐ ACORDADO

☐ AGITADO

☐ OUTROS

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ CRPA

☐ UNIDADE DE INTERNAÇÃO

☐ ALTA HOSPITALAR

AUX. TEC. ENF.

COREN

ENFERMEIRA

COREN

CONTROLE E REGISTRO DE REAÇÕES ADVERSAS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Padrão de Sono Prejudicado	1. () Ajustar o ambiente para promover sono 2. () Iniciar / implementar medidas de conforto, como massagem, posicionamento e toque efetivo
Padrão respiratório ineficaz	1. () Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço 2. () Registrar movimento torácicos, observando simetria, uso dos músculos acessórios 3. () Monitorar ocorrência de respiração ruidosa, como sibilos e roncos 4. () Palpar em busca de expansão pulmonar desigual
Risco de aspiração	1. () Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, vômito e capacidade de deglutir 2. () Posicionar o paciente em decúbito de 90° graus ou mais alto possível 3. () Alimentar paciente em pequena quantidade 4. () evitar alimentar o paciente se houver grande volume residual 5. () Manter a cabeceira da cama elevada de 30 a 40 minutos após a refeição
Constipação	1. () Monitorar os movimentos intestinais, inclusive frequência, constipação, volume e cor 2. () Avaliar o perfil dos medicamentos o quanto a efeitos gastrointestinais 3. () Monitorar ruídos intestinais
Eliminações vesical prejudicadas	1. () Monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, consistência, odor, volume e cor 2. () Monitorar surgimento de sinais e sintomas de retenção urinária 3. () Identificar os fatores que contribuem para episódios de inconsistência 4. () Inserir sonda vesical, conforme apropriado
Mobilidade Física	1. () Assistir o paciente na transferência 2. () Evitar o pé em gota 3. () realizar os exames terapêuticos
Risco de integridade da pele prejudicada	1. () Proporcionar higiene íntima sempre que necessário 2. () Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada 2 horas 3. () estimar repouso 4. () Providenciar quarto individual, se necessário
Risco de infecção	1. () Limitar o número de visitas 2. () Promover ingestão nutricional adequada 3. () Estimar o repouso 4. () Providenciar o quarto individual, se necessário 5. () Manter assepsia para paciente de risco
Dor aguda Caracterizada	1. () Investigar com o paciente os fatores que aliviam a dor 2. () Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio a dor 3. () Oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita

Sinais Vitais						
HORA	T(C°)	FC(bpm)	FR(rpm)	PA(mmHg)	Glicemia (mg/dl)	Responsável

DISPOSITIVO	DIA DE USO	TROCA	Observações:
SNG/SNE			
SVD			
AVP			
AVC			
Dreno			

Enfermeiro Responsável _____

PRONTUÁRIO - <i>Fraume do Chaga</i>		CLÍNICA	<i>Atividade</i>		
DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
<i>23/01/19</i>	<i># Fº de clausão ESQ.</i>		HORARIO		OBSERVAÇÕES
	<i>1) dieta oral clara</i>				
	<i>2) glicose normalizada</i>				
	<i>3) Depressão 18- 01 cap 20 @ 86 (80)</i>				
	<i>4) Tiroide 40mg- 01 cap 20 @ 126 (50)</i>				
	<i>5) Ins + CC 60</i>				
	<i>Sócio:</i>				
	<i>Kenigiane</i>				
	<i>Lucio</i>				
	<i>Quefivino</i>				

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.062-470
Teresina-Pi

Hospital Regional Justino
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 25/1/19
Funcionário: [Assinatura]

Elmhurst Field House

B66; Oriental; Equus
CO; 50m & oak; f) for
ADT can Oriental
Reagents & to police

NOME: Franco do Lago		ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
HD: 000 Pê Clara		CORREDOR	1009	45	75
DATA: 02/02/19		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÃO	
1. DIETA LIVRE				OBS: Leonardo	
2. JELCO SALINIZADO				Médico	
3. DIPIRONA 1 G AMP IV 6/6 HORAS S/N				Crm-Ma 1760 - Crm-Ma 9240	
4. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00 HORAS					
5. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/8 H SE PAS MAIOR 160 MMHG E/OU PAD MAIOR 110 MMHG					
6. TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML EV 8/8 HORAS S/N					
7. TILATIL 40MG +AD EV DE 12/12H S/N					
8. ONDANSETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N					
9. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
10. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
11. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
12. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
13. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
14. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
15. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
16. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
17. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
18. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
19. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
20. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
21. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
22. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
23. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
24. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
25. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
26. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
27. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
28. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
29. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
30. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
31. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
32. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
33. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
34. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
35. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
36. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
37. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
38. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
39. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
40. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
41. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
42. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
43. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
44. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
45. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
46. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
47. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
48. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
49. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
50. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
51. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
52. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
53. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
54. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
55. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
56. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
57. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
58. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
59. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
60. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
61. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
62. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
63. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
64. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
65. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
66. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
67. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
68. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
69. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
70. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
71. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
72. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
73. CEFOTRIAXO 1G EV 8/8H S/N					
74. CEFOT					

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:						Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS.URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO							
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
SISTEMA DIGESTIVO							
ESTADO MENTAL							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)							
APLICADO ÀS							
EFEITOS							
TOTAL DE DOSES							
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 09 MAI 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI							
SEQUÊNCIA							
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15							
DURAÇÃO							
INCIDENTE / ACIDENTE							
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:							
PARTICULARIDADES							

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

[illegible]

Dr. Francisco Javier Castro Bravo
Química Traumatología
Calle P. 4504 / TEL: 1415

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



Prefeitura Municipal de Lagoa do Sítio
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 02.930.943/0001-43
Rua São José, 207. Centro. Fone: (89) 3467-1158. CEP: 64.308-000



ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
RECEITUÁRIO

Paciente: Francisca das Chagas dos S. Sousa
Declaração

Paciente vítima de acidente
motosiclístico (SIC), na data
23/05/19, onde teve fratura
da clavícula E, necessitando
assim passar por cirurgia,
para colocação de placa.

CID: 542.0

Data: 02/05/19

Dra. Valéria Cortez
MÉDICA
CRM-PI 5214

Assinatura e carimbo do Profissional



Vacinação: Direito da criança, dever dos pais/cuidadores

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.602.950

DATA DE EMISSÃO 29.agos.99

NOME FRANCISCA DAS CHAGAS DOS SANTOS SOUSA

FILIAÇÃO José da Cruz Nonato de Sousa

Mãe Maria das Dores dos Santos

Valença do PI-PI 24.Oct.1978

NATURALIDADE

Nasc: 8746 Fls.109 Liv.9-a exp. em Valença do PI-PI.10.09.82. Cart. Unice

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

LEI N.º 7.116 DE 20/06/03

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Francisca das Chagas dos Santos

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

001.109.363-37

Nome

FRANCISCA DAS CHAGAS DOS SANTOS SOUSA

Nascimento

24/10/1978

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013227936673
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00460474782 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME FRANCISCO LEOMAR PEREIRA

CPF / CNPJ 83472410310 PLACA NIS-6104

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2JC4810CR011172

ESPECIE TIPO RAS/MOTONETA / NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 K3 ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP / POT / CIL 02P/0124CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE ROSA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª 1ª VENC. COTAS 2ª 2ª VENC. COTAS 3ª 3ª

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00 JOF (R\$) 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO 08/05/2018

SEM RESTRICÇÕES OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

VALOR DO SINISTRO 08/05/2018

ASSINATURA DO DETRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013227936673 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 08/05/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 83472410310 PLACA NIS-6104

RENAVAM 00460474782 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 K3

ANO FAB 2012 CAT TASE 09 CHASSI 9C2JC4810CR011172

PRÊMIO TARIFÁRIO 000,00 (R\$) 000,00 (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00 (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00 (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE PAGAMENTO 08/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.508/0001-04

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-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:

Nome completo da vítima:

001.109.363-37

FRANCISCA DAS CHAGAS DOS SANTOS SOUSA

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

Nome completo:

FRANCISCA DAS CHAGAS DOS SANTOS SOUSA

CPF:

001.109.363-37

Profissão:

Recusou

Endereço:

POVOADO SÃO DOMINGOS

Número:

S/N

Complemento:

CASA

Bairro:

Central

Cidade:

LAGOA DO SÍTIO

Estado:

PI

CPF:

64308-000

E-mail:

jape-ivan35@hotmail.com

Tel (DDD):

(89) 994122906

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3887

CONTA:

00005753

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 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 do acidente.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo médico apresentado, 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 MAI 2019

GENTE SEGUROS S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Lapa
Centro - Niterói - RJ - CEP: 24090-000

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

LAGOA DO SÍTIO PIAUI-PI 06/05

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

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 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, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI





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

592 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 245831.000035/2019-01



Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: José De Oliveira Araújo

Data/Hora: 30/04/2019 - 10:17

DADOS DA OCORRÊNCIA	
Unidade Policial Responsável	522002
DP DE LAGOA DO SÍTIO	
Tipo Local	
SÍTIO DE INTERNET	
Município	Bairro
LAGOA DO SÍTIO	NÃO INFORMADO
Endereço	
ESTRADA ACESSO AO POVOADO SÃO DOMINGOS, Nº:	Ponto de Referência
Complemento	

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS	
Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS DOS SANTOS SOUSA	Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS	
Pai: JOSÉ DA CRUZ NONATO DE SOUSA	
Endereço: POVOADO SÃO DOMINGOS, Nº	
Bairro: PREJUDICADO	
Cidade: LAGOA DO SÍTIO	

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA	
Natureza(s) da Ocorrência	
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.	

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)	
Marca: Modelo:	Ano: Placa: Chassi:
1 - HONDA. BIZ 125	
Condutor: FRANCISCA DAS CHAGAS DOS SANTOS SOUSA	
End: POVOADO SÃO DOMINGOS Número: Complemento:	
Cidade: LAGOA DO SÍTIO UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO	

RELATO DA OCORRÊNCIA	
A NOTICIANTE INFORMA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTO PELA ESTRADA VICINAL DE ACESSO AO POVOADO SÃO DOMINGOS QUE AO DESCER UMA LADEIRA O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTO QUE ESTA LICENCIADA EM NOME DE FRANCISCO LEOMAR PEREIRA, CAINDO AO SOLO QUE EM CONSEQUENCIA DA QUEDA TEVE FRATURA NA CLAVICULA E ABERTURA DO OMBRO AMBOS ESQUERDO, CONFORME RELATO DA QUEIXOSA, ERA O QUE TINHA A RELATAR.	

José De Oliveira Araújo - Mat. 0091740
AGENTE DE POLÍCIA

Francisca das Chagas dos Santos Sousa - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia