

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2011/480568**
Vítima: **ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR**
Local: **PI-PARNAIBA**
Data do Acidente: **22/08/2011**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFALICO. TRATAMENTO CONSERVADOR.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

REFERE TONTURA, CEFALIA, BAIXA AUDITIVA LADO ESQUERDO, DORMENCIA NAS PERNAS, INCONTINENCIA URINARIA.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

SNC

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

PI - PARNABA, 27/12/2011

Médico Perito: FRANCISCO DE ASSIS COSTA ARAÚJO CRM: 2498/PI

Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890/RJ

Dra. Dorez M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Dorez Mendes

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

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: 11/01/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR

BANCO: 104

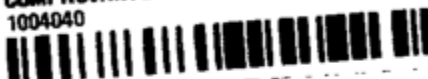
AGÊNCIA: 00030

CONTA: 000000130978-7

Nr. da Autenticação 39CB078099A67C80

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Por este instrumento particular de declaração, eu, abaixo assinado, Sr(a).

ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR brasileiro(a),

portador(a) do RG nº 1.357.451, emitido por SSP-PI.

e CPF nº 566.551.693-72, declaro para os devidos fins, e repetirei em

juízo se necessário for, que sou residente e domiciliado(a) na

Rua 03. QUADRA 07. CONJUNTO IGARAÇU

número 12, bairro RODOVIARIA

no município de PARNAIBA, estado PIAUI

Código de Endereçamento Postal (CEP) nº 64.200-000.

Declaro, ainda, que me responsabilizo por qualquer prejuízo que porventura a Seguradora possa ter, no presente e no futuro, face as informações acima prestadas.

Pôr ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que surtam seus efeitos legais.

PARNAIBA.PI. 25, de NOVEMBRO de 2011.

x Alysson Almeida de Aguiar

(86) 9406 5365

(86) 9935 9635

(86) 9412 1349



1. ARTORIO BEZERRA
 MARIA TERESA MENDES
 2. 01/01/2011
 3. 04:40.
 4. verdade.
 5. escrevente

Assinatura da Vitima ou Responsável

Dr. Décio Bastos Filho
Ortopedia e Traumatologia
FONE 1036

DECIO BASTOS FILHO CRM : 1036/PI

09 DEL 2011



ARTORIO BEZERRA
2.º OFÍCIO DE NOTAS
MARIA TERESA MENDES BEZERRA
MARIA TERESA MENDES BEZERRA

2.º OFÍCIO DE NOTAS

1.º Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI

Certifico que a presente fotocopia esta em tudo conforme
o original que conferi e ao qual me reporto e dou fe.
Em Test. a _____ da Verdade. Parnaíba, 25/11/11

Mario Alberto Mendes Bezerra
MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente

1. IDENTIFICAÇÃO: BOLETIM DE INTERNAÇÃO: _____
NOME: Alison Almeida de Aquino SEXO: M IDADE: 34a

2. PROCEDÊNCIA
1.1 - Residência () Hospital (X) PS Consultório ()
1.2 - Deambulando () Cadeira de rodas () Maca (X) Ambulância ()
3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Cirurgico () Clinico (X) Qual? TCE

4. HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA: Hipertensão arterial (N) Diabetes (X)
Prob.: Respiratórios (N) Cardíacos (N) Renais (N) Outros: _____
Alergia (N) Aque? _____
Tabagista (S) Etílica (S) Intervenção Cirúrgicas ()
Internações clínicas: () otivo: _____

Faz uso regular de algum medicamento? (S/N) ()

MEDICAMENTO	ÚLTIMA DOSE
<u>Purotub. comp.</u>	
<p>CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS 1o. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI Certifica que a presente fotocópia está em todo conforme o original que conferi e ao qual me reporto e dou fe'. Fa Test. da Verdade. Parnaíba, 25/11/11 MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente</p>	
Medicamentos trazidos:	

5. INFORMAÇÕES PESSOAIS
PRÓTESE: Ocular (N) Dentária (N) Auditivo (N) Marca passo (N) Outros: _____
HÁBITOS INTESTINAIS: Frequência diária () Laxativos (S/N) () Última evacuação: sl alt
PADRÃO URINÁRIO: Caso apresente alguma anormalidade anotar nas OBSERVAÇÕES. sl alt

6. HISTÓRIA ATUAL -
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Lúcido () Confuso () Coma Superficial () AO=4 RM=3 RU=1 => 7
Coma profundo () Outros: _____
ESTADO EMOCIONAL: Tranquilo () Agitado (X) Tenso () Deprimido () Outros: _____
ESTADO CLÍNICO: Doença crônica () Dor () Doença Aguda (X) Localização: _____
Irradiação: _____ Tipo: _____
RESPIRAÇÃO: Dispneico () Taquipneico () Eupneico (X) Bradipneico ()
PELE: Sudoreico () Hipocorada () Normocorada (X) Cianose () Hidratada ()
Desidratada () Hipertemia () Local: _____ Integridade (S/N) (N) Local: Escoriação pelo co.
REDE VENOSA: Visível (X) Não visível ()
ALIMENTAÇÃO: Normal () Anorexia ()
EDEMAS: Ausência (X) Generalizado () Outros: _____
EXTREMIDADES: Frias () Aquecidas (X) Cianose ()
SINAIS VITAIS: Tax: _____ °C Pulso: _____ bpm R: _____ rpm PA: _____ mmHg
DADOS ANTROPOMÉTRICOS: Peso _____ Kg Altura: _____ cm
TIPO SANGÜÍNEO: _____ FATOR Rh: Positivo () Negativo ()

7. OBSERVAÇÕES: vitima de acidente motociclístico, no momento
fazia uso de capacete, que foi caindo para trás. Relato de
8. EXAMES ANEXOS: TCE há 15 dias, submetido a cirurgia neu-
rológica.

Data: _____ / _____ / _____
Hora: _____

3323 1250 Assinatura: Sávio Fontenele Monteiro
Dr. Franciscoilson (Pai) / M.º Eronildo.



CARTORIO II OFICIO DE NOTAS
1o. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI
Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme
o original que conferi e ao qual me reporto e dou fe.
da Verdade. Parnaíba, 23/11/11

MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente

MS/DATASUS

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

No. DO DE: 407/2 DATA: 22/03/2011 HORA: 19:50 QUARTO: MARISA
CNO: SETOR: 01 - EMERGENCIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ALISSON ALMEIDA DE AGUIAR DOC...:
IDADE : 37 ANOS NASC: 00/00/0000 SEXO: MASCULINO
ENDEREÇO: CONJ IGARACU RUA 03 Q 07 C 12 NUMERO:
COMPLEMENTO: BAIRRO: RODOVIARIA UF: PI CEP...:
MUNICIPIO: PARNAIBA TEL...:
NOME PAI/MAE:
RESPONSÁVEL: AMICA
PROCEDENCIA: PARNAIBA
ATENDIMENTO: ACIDENTE TRANSITO MOTOCICLISTA/PASSEIROS TRAUMA: NAO
CADO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [100 X 20 mmHg] PULSO: [] TEMP.: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

Na veia do antebraço do membro superior direito;

Semelhante ao Saram (Itarota + Fervorosa).

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- ① Monitorar HV
② Exame de urina 2x, 10 e 12h em 12/12/11
③ Exame de urina 14h e 18h em 12/12/11
④ Exame de urina 20h e 22h em 12/12/11

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SEI):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANO PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ortopedista

Pite vítima Acid. Automob.
desorientado p/ condições
de realizar exame clínico.

id: Aos cuidados de clínica p/te
realizar p/ ortopedista
p/ manter

Dr. Osmar B. L. Junior
Ortopedista - Traumatologista
CPF: 25.112.883-49
CRM: 3354

22/08/2001 Pct vítima acidente no trânsito, pelotru-
do: 20h tizado, rebaixamento consciência, pa-
respiratório pulm.
Conduta: transferir para UTI.

Dr. Nécio Costa de Araújo
Médico Intencionalista
CRM 2810
CPF 25.112.883-49



CARTORIO II OFICIO DE NOTAS

1o. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI
Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme
o original que conferi e ao qual me reporto e dou fé.
Em Test. da Verdade. Parnaíba 25/11/11

MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente

09 DEZ 2011

BOLETIM DE ADMISSÃO Nº _____ LEITO _____

Nome: Alysson Almeida de Aguiar

Est. Civil solteiro Sexo M Cor Parda D.N 02.03.75 Profissão _____

ENDEREÇO RESIDÊNCIA

Rua Cony. Sgarau 12, A 07 Nº _____ Fone: _____

Cidade Parnaíba Bairro Sgarau Mun. _____ Est. Piauí

End. de Hospedagem em _____ Bairro _____

Instituto _____ Matrícula _____ GIH _____

S.P.C.C _____ Clínica _____ Médico _____

Admissão 22/08/11 Horas _____ Alta ____/____/____ Horas _____

Duração: Dias Hospitalização _____ Ass. do Funcionário: _____

RESPONSÁVEL (COM ENDEREÇO LOCAL)

Nome _____ Parentesco _____

Rua _____ Nº _____ Fone: _____

RELATÓRIO DE ADMISSÃO

Diagnóstico provável _____

Histórico Clínico - Sintomas e Sinais Principais _____



CARTORIO II OFICIO DE NOTAS

1o. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI

Certifica que a presente fotocopia está em todo conforme

o original que conferi e ao qual me reporto e dou fe.

Em Test. da Verdade, Parnaíba, 25/11/11

MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente

09 DEZ. 2011



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME:	REG:	ENF:	LEITO:
D/HR			
21/08/2011	US		
<p>ACORDO DE AMENSO. LIMITES E BORDAS/ALARGA BOM VS BOM RINS TÍPIDOS, ANA TÓNICOS E PULMONES BOM BOM e (Pulmones BOM) AUSCULTAÇÃO DO LÍR. LÍR. COM AUSCULTAÇÃO BOM VAZIA (TODA VISCERAL) PRESENTE. CORAUS VS LOSTOULBOM TÓM</p>			
22.08.11	Admitido, vítima de acidente de motocicleta, Glasgow: AO=4,		
21.05	RM=2, RV=1 ⇒ (7), SSVV - arterial, supnóico, normocárdico, normotensa, SPO ₂ 95%. Vão com SOG e SVD. Apresenta escoriações pelo corpo. AVP em MSD, punção: Realizado US. Mantém color cervical e mancha. Análise 302701-TE.		
22.08.11	Admitido na UTI, proveniente do PS do HEDRA, veio de maca, em prancha rígida, c/ color cervical, vem respirando da ambiente, com SOG aberta, com RG es ceiro, SVD, pleuresia presente. AVP em MSD. Vítima de acidente motociclistico, Glasgow AO=4 RV=1 RM=2 (7), apresenta escoriações distribuídas pelo corpo. Realizou US abdomen, Rx de tórax.		
01:00H	ENFERMEIRO, ACIONADO, VERIFICANDO, INTERAGINDO COM SERVIÇO DE SAÚDE. Análise 270811-TE		
<p>ARTORIO BEZERRA 2011 2º OFÍCIO MARIATERESA MENDONÇA BEZERRA 13/08/2011 (IMPROBASSAD) PARNAIRB - C A1</p>			



CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS

10.º Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI
Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme
o original que conferi e ao qual me reporto e dou fé.
Em Test. da Verdade, Parnaíba, 21/11/11

MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME:	REG:	ENF:	LEITO:
Blissen Almida de Aguiar			11
D/HR			
23/08/11	<p>As 10:30 hrs - segue fãtico, em momentos de orientação, permanece em prancha rígida e colar cervical. Respirando ar ambiente com SVD e diurese presente, AVP em MSD funcionando. Glasgow AO=3, RM=6, RV=2 \Rightarrow (11). Encontra-se com escoriações distribuídas pelo corpo e permanece em dieta zero. Aguarda tomografia de crânio e coluna cervical. Ad. Patrícia</p>		
23/09/11	<p>22:30 - segue sonolenta, respirando ar ambiente, SSUV estáveis mantendo dieta zero, diurese presente por SVD, apresenta escoriações distribuídas pelo corpo.</p>		
23 02 11	<p>Planta Noturno TCE Acondicionamento Algo agitado col - not -</p>		
<p>Planta Noturno</p>			
<p>TCE</p>			
<p>Acondicionamento</p>			
<p>Algo agitado</p>			
<p>col - not -</p>			
<p>Planta Noturno</p>			
<p>TCE</p>			
<p>Acondicionamento</p>			
<p>Algo agitado</p>			
<p>col - not -</p>			

GISELDA RIBEIRO DE CARVALHO
AUXILIAR DE ENFERMAGEM
COREN PI 5439

CARTORIO II OFÍCIO DE NOTAS
1º. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI
Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme o original que conferi e ao qual me reporto e dou fé.
Em Teste da Verdade. Parnaíba, 51/11/11
Mário Alberto Mendes Bezerra
MÁRIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente

19 DEZ. 2011



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME:	REG:	ENF:	LEITO:
Alisson Almeida da Aguiar			11
D/HR			
24/08/11			
10h	<p>cliente com politraumatismo segue sonolento, consciente momentos de desorientação. Afebril, normocardíaca normotensa, eupneico. Respirando ar ambiente / suporte de O₂ Sat-100%. Realizado banho no leito. Manter em dieta Zero até o momento. Em AVP em MSO, funcionando. Jivise por SCL com volume e auscultas de avaliação. Silvana Maria C. Braga</p> <p>089: Anexado no Prontuário tomografiz COREN 453797 Aux. de Ent. Silvana Braga</p> <p>de crânio para ser realizado OK</p>		
14:20	<p>Paciente hemodinamicamente estável, respirando ar ambiente, sonolento, afebril, boa diurese. PA: 128x69 mmHg FC: 76 PR: 14. Sat: 98%. Realizar TC de crânio. Aguardando TC de coluna e avaliação do neuro cirurgião.</p> <p>cd: Mentida</p>		

Assinado por: MARIO ALBERTO MENDES BEVERA
MARIO ALBERTO MENDES BEVERA
CRM-PI 2097

Neuro

Paciente vítima de TCE
1/ perda da consciência.
Enxerto no quadro de paralisia
ECCO-12. Monitora os 4 membros
inferiores e potências de

Crânio =>

Tratamento de Hematoma
Cirurgia de Hematoma Subdural
Surgido e Hematoma
Subaracnóideo de Crânio
Já realizado de Crânio
no momento

Manter no VTI
Suporte Clínico

os dois membros superiores, respirando ar ambiente, afebril, normotensa, eufneico, estável, com suporte de O₂. Realizar TC de crânio e avaliação do neuro cirurgião.

09 DEZ 2010



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME:	REG:	ENF:	LEITO:
D/HR			
24	Plantas Noturnas.		
08	TCE 3º dia		
11	Acordeão, Parafal + Orelha Experiência, apêndice Boa noite Está-se vendo ed - mende		
	fr		

ARTORIO BEZERRA
II OFICIO DE NOTAS
 18. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI

Selo de Autenticação
 N° ANG 064950
 Série 087

Certifica que a presente fotocopia está em tudo conforme o original que conferi e ao qual me reporto e dou fe'.
 Em Test. da Verdade. Parnaíba 25/11/11

Mário Alberto Mendes Bezerra

MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente

09 DEZ 2011

09 DEC 2011



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME:	Alcimar Almeida	REG:	ENF:	UT-LEITO: 11.
D/HR				
25.08.11.				
13.15h	Paciente, inquieto no leito, incomodado com a sonda febril. Fômites SSU estáveis. 1300-80. Responde ao ambiente. Seta da sonda via oral. Curva presente. PR SVD. elelione 75190			
25.08.11	Segue consciente, ansioso, no momento adormecido sob efeito de sedação. Ao despertar expressa insistentemente desejo de alta. Pela manhã foi encaminhado, c/ auxílio, ao banho de aspersão. Permanece c/ diurese pl SVD. Nesta tem dieta VO. (Assinatura) <small>Coordenador de Enfermagem COREN-56.446-PI</small>			
30.03.11	CONSCIENTE, ORIENTADO, ANSIOSO PELA MOMENTO DA ALTA. NORMOTENSÃO. DECO, AFE3RIL, SUPNÉTICA, NORMOTENSÃO, SATURAÇÃO O2 ADEQUADA. S.V.D. FUNCIONANTE, DEBITO ADEQUADO. ingul-372213-TE			
25/08/11	EVOLUÇÃO MÉDICA #3º DIH-UTI #TCE: HSA			
	Pct evolui consciente, desorientado p/ períodos de agitação psico-motora. Eupneico em ambiente. Hemodinamicamente estável. M.D.V.A. Moni por: PA: 134x73 FC=86 FR:17 SpO2 97 AR: MV MPA Aev: RCR e S/S Abd: Mo no flácido, RHA (+) Diurese: 1400 ml/6h Col: Maritida Avaliado pelo neuro que mantém baixa em UTI.			
	 CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS 1º Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme o original que conferi e ao qual me reporto e dou fe'. Parnaíba, 25/10/11 (Assinatura) MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente 09 DEZ. 2011			



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME:	REG:	ENF:	LEITO:
Glisson		13	01
D/HR			
26/08/11 8:05			
consciente, orientado, ansioso por alta. Sem febre no momento. Azul, normotensivo, taquicárdico a 110 bpm, dispneia, respiração ardeente, boa S ₂ . Ausculta do pulmão: rales esparsos. — <i>Glisson</i>			
26/08/11 AS 14:00			
Segue consciente, orientado, físico, afébril mais do SSVU estáveis. Aceita dieta oferecida durante SVD com bom volume e evacuação ausente no momento. Realizado banho de higiene. Prescrito AUP em MSD e Jeto N° 20 com bom — <i>Glisson</i>			
26/08/11 14:45			
fornecimento para clínica médica, onde — <i>Glisson</i> pulsos do pai. — <i>Glisson</i>			
CARTÓRIO BEZERRA MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA Selo de Fiscalização Autenticação Poder Judiciário Estado do Piauí Cartório de Notas Registro e Autenticação AUTENTICAÇÃO N° ANG 064956 Série 087			
CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS 1o. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme o original que conferi e ao qual me reporto e dou fé. Em Test. da Verdade, Parnaíba, 25/11/11 <i>Mario Alberto Mendes Bezerra</i> MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente			

09 DEZ 2011

NOME: Arizon Almeida da Aguiar IDADE: 40.8 DATA: 27/08/11 LEITO: 27/08/11

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA MEDICAÇÃO	QUANT.	EVOLUÇÃO MÉDICA
Ditar Soro			TCE de 22.08.11
SFO, 51 Soro	14/3 3= 4=		Pacem alfa à
Ceftriaxona 2x EV 2x	10		pedido. Antem.
Hydral 3x EV			Hoje volta de...
AD 170 2x d=	10		ritmo e com
Decadron 2x EV	10		cefaleia e
6/65	10		por readmissão.
Amix 2x EV	10		
AD 8x 3x	10		cd: VPM
Digun 10x 018	10		
vo à noite	10		
Cult. van	10		
SSV	10		

MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA
2.º OFICIO DE NOTAS
PARNAÍBA - PIAUÍ

CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS
10. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI
Certifica que a presente fotocópia esta em tudo conforme o original que conferi e ao qual me reporto e dou fe'.
Em Test. da Verdade. Parnaíba 25/11/11

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas
Registrados e Autenticados
AUTENTICAÇÃO
Nº ANG 064940
Série 087

MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente

09 DEZ. 2011

NOME: Alisson Almeida de Aguiar

LEITO: 4.1

DATA: 27, 08, 11

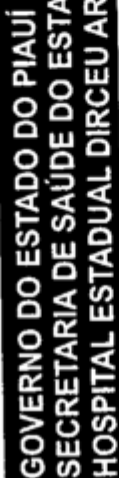
IDADE:

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
			Às 18:15h - Ref. readmitido neste setor por ordem verbal do Dr. Faes, segundo familiares, que ficou de vir prescrever-lhe, proveniente do PS, consciente, algo desorientado, jácio, com história de politrauma, trauma e escoriações pelo corpo, referindo eufúria no momento, segue em observação. PA = 120x80mmHg, taxa = 36,8°C. DO 27/08/11 às 21:05h - PA = (510 x 70mmHg) 140/200/60°C
			28/08/11 às 08:45h - Consciente, algo desorientado, jácio, aceita dieta oferecida. Após escoriações pelo corpo e agitação. Diurese, evacuações. Oito meses.
			Em tempo, P.D. 28/08/2011, Poni 346°C. 800.



CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS
1º Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI
Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme o original que conferi e ao qual me reporto e dou fe'.
Em Test. da Verdade, Parnaíba, 25/11/11
Mario Alberto Mendes Bezerra
MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente

08 DEZ 2011



PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM


EDA

NOME: Alison Almeida

IDADE:

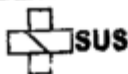
LEITO: 4.3.3

DATA: 28 / 08 / 11

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
		 <p>CARTÓRIO DE NOTAS 1º. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI Certifica que a presente fotocopia está em tudo conforme o original que conferi e ao qual me reporto e dou fe. Em Test. da Verdade, Parnaíba, 25/11/11 <i>Mario Alberto Mendes Bezerra</i> MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente</p>	<p>às 14:45hs. Segue consciente, desorientado do ambiente no Vito. Cupos. exsuações pelo corpo. <u>Sumando</u></p> <p>29/08/11 - às 8:30h - 1º. segue consciente, algo desorientado, em repouso no leito. Aceita pouco da dieta oferecida. Diurese presente. Exsuações ausentes no período.</p> <p>Cipiente. Exsuações pelo corpo.</p> <p>PA: 120 x 60 mmHg. Car = 37. <i>Mario Alberto Mendes Bezerra</i></p> <p>Sec. Enfermagem JOEN - PI 56328</p>

09 DEZ. 2011

08 DEZ. 2011



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL ESTADUAL GOV. DIRCEU ARCOVERDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ALLISON ALMEIDA AGUIAR

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☐

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente politraumatizado, vítima acidente no trânsito.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

KLECIO CARVALHO DE ARAUJO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Klecio Carvalho de Araujo

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/04/2011

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 -

CARTORIO II OFICIO DE NOTAS

Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI

Certifica que a presente fotocopia esta em tudo conforme

o original que conferi e ao qual me reporto e dou fe.

Em Test. da Verdade, Parnaíba, 25/11/11

MARIO ALBERTO MENDES BEXERRA - Escrevente

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09 DEZ 2011

REGISTRO DO CONSELHO

paciente C/ politraumatismo
há 2 dias.
Realizado / OK!

INDICAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

2 - CNES

4 - CNES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

12 - ENDEREÇO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente politraumatizado, vítima acidente no trânsito.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

KLECIO CARVALHO DE ARAUJO

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/08/2011

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

709411009300

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Klecio Carvalho de Araujo

Médico Intencionalista

CPF 709.411.009-30

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Klecio Carvalho de Araujo

Médico Intencionalista

CPF 709.411.009-30

ATÓRIO BEZERRA
2º OFÍCIO
MARI TERESA MENDES BEZERRA
PARAIBA - CIA



OFÍCIO DE NOTAS
20. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI
Certifica que a presente fotocopia está em tudo conforme
o original que conferi e ao qual me reporto e dou fe.
Em Test. da Verdade, Parnaíba 25/11/11
Mario Alberto Mendes Bezerra
MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente



Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID10 PRINCIPAL 38 - CID10 SECUNDÁRIO 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

Paciente vítima de acidente de motocicleta, com trauma

crânio, com lesão no tórax

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS

(X) CPF

4 2 9 1 9 5 4 1 3 1 5

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



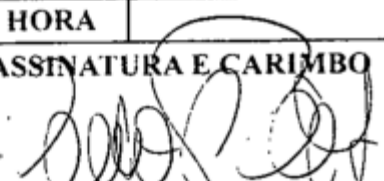
MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA
Nº ANG. 044288
Série 083
AUTENTICADO
Nº 2. NENDESS BEZERRA 1. 084
COMISSÃO

MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA
II OFICIO DE NOTAS
Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI
Certifica que a presente fotocopia esta em tudo conforme
o original que conferi e ao qual me reporto e dou fe'.
Em Test. da Verdade. Parnaíba, 29/11/44
Mario Alberto Mendes Bezerra
MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente

PAG _____ / _____

FICHA DE CONTROLE DE ENFERMAGEM PACIENTES INTERNOS

NOME Alisson Almeida Nº PRONTUÁRIO _____
INICIO 27, 08, 2011 DATA FINAL _____ / _____ / _____

DATA	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS
23/08	230704001-3	01	230704001-3	01		
HORA						
ASSINATURA E CARIMBO				 CIC Caio Breno Reis Pires CPF 007 857 083-00 CREFITO 107399-F		TOTAL DE PONTOS
						02

DATA	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS
HORA						
ASSINATURA E CARIMBO			CIC		TOTAL DE PONTOS	

DATA	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS
HORA						
ASSINATURA E CARIMBO			CIC		TOTAL DE PONTOS	

DATA	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS
HORA						
ASSINATURA E CARIMBO			CIC		TOTAL DE PONTOS	
					09-08-2011	



MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA
OFICIO II OFICIO DE NOTAS

1º. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI

Certifica que a presente fotocopia esta em tudo conforme o original que conferi e ao qual se reporto e dou fe'.

Em Test. de Verdade, Parnaíba, 25/11/11

Mario Alberto Mendes Bezerra
MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - PARNAÍBA - PI**



CERTIFICAÇÃO

CERTIFICAMOS, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 PARNAÍBA, fez o atendimento do Sr. ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR, RG: 1.357.451 SSP - PI, vítima de ACIDENTE DE TRÂNSITO COM MOTOCICLETA, ocorrido no Balão da Rodoviária, no dia 22 de agosto de 2011. Na ocasião, o cliente foi atendido pela equipe do SAMU, onde foram realizados os procedimentos necessários, e encaminhado ao Hospital Estadual Dirceu Arcoverde.

Em anexo, cópia do primeiro atendimento.

Parnaíba, 06 de outubro de 2011.


MILENA DUARTE GURGEL
Coordenadora Geral do Complexo de Urgência e Emergência de Parnaíba

09 Out. 2011

C 08 19/10

C 21

C 29

C 22

C 23

1. DATA 02/08/11

2. ENDEREÇO Vila da Nacionalidade

4. SEXO Masc.

5. IDADE 37

6. BAIRRO

3. REFERÊNCIA

7. NOME Wilson Almeida de Oliveira

9. C. CLÍNICAS

10. C. OBSTÉTRICAS

11. C. PSIQUIÁTRICAS

8. C. EXTERNAS

9. C. CLÍNICAS

10. C. OBSTÉTRICAS

11. C. PSIQUIÁTRICAS

9. C. CLÍNICAS

10. C. OBSTÉTRICAS

11. C. PSIQUIÁTRICAS

10. C. OBSTÉTRICAS

11. C. PSIQUIÁTRICAS

12. C. PSIQUIÁTRICAS

13. C. PSIQUIÁTRICAS

14. C. PSIQUIÁTRICAS

11. C. PSIQUIÁTRICAS

12. C. PSIQUIÁTRICAS

13. C. PSIQUIÁTRICAS

14. C. PSIQUIÁTRICAS

15. C. PSIQUIÁTRICAS

12. C. PSIQUIÁTRICAS

13. C. PSIQUIÁTRICAS

14. C. PSIQUIÁTRICAS

15. C. PSIQUIÁTRICAS

16. C. PSIQUIÁTRICAS

13. C. PSIQUIÁTRICAS

14. C. PSIQUIÁTRICAS

15. C. PSIQUIÁTRICAS

16. C. PSIQUIÁTRICAS

17. C. PSIQUIÁTRICAS

14. C. PSIQUIÁTRICAS

15. C. PSIQUIÁTRICAS

16. C. PSIQUIÁTRICAS

17. C. PSIQUIÁTRICAS

18. C. PSIQUIÁTRICAS

15. C. PSIQUIÁTRICAS

16. C. PSIQUIÁTRICAS

17. C. PSIQUIÁTRICAS

18. C. PSIQUIÁTRICAS

19. C. PSIQUIÁTRICAS

16. C. PSIQUIÁTRICAS

17. C. PSIQUIÁTRICAS

18. C. PSIQUIÁTRICAS

19. C. PSIQUIÁTRICAS

20. C. PSIQUIÁTRICAS

17. C. PSIQUIÁTRICAS

18. C. PSIQUIÁTRICAS

19. C. PSIQUIÁTRICAS

20. C. PSIQUIÁTRICAS

21. C. PSIQUIÁTRICAS

18. C. PSIQUIÁTRICAS

19. C. PSIQUIÁTRICAS

20. C. PSIQUIÁTRICAS

21. C. PSIQUIÁTRICAS

22. C. PSIQUIÁTRICAS

19. C. PSIQUIÁTRICAS

20. C. PSIQUIÁTRICAS

21. C. PSIQUIÁTRICAS

22. C. PSIQUIÁTRICAS

23. C. PSIQUIÁTRICAS

20. C. PSIQUIÁTRICAS

21. C. PSIQUIÁTRICAS

22. C. PSIQUIÁTRICAS

23. C. PSIQUIÁTRICAS

24. C. PSIQUIÁTRICAS

21. C. PSIQUIÁTRICAS

22. C. PSIQUIÁTRICAS

23. C. PSIQUIÁTRICAS

24. C. PSIQUIÁTRICAS

25. C. PSIQUIÁTRICAS

22. C. PSIQUIÁTRICAS

23. C. PSIQUIÁTRICAS

24. C. PSIQUIÁTRICAS

25. C. PSIQUIÁTRICAS

26. C. PSIQUIÁTRICAS

23. C. PSIQUIÁTRICAS

24. C. PSIQUIÁTRICAS

25. C. PSIQUIÁTRICAS

26. C. PSIQUIÁTRICAS

27. C. PSIQUIÁTRICAS

24. C. PSIQUIÁTRICAS

25. C. PSIQUIÁTRICAS

26. C. PSIQUIÁTRICAS

27. C. PSIQUIÁTRICAS

28. C. PSIQUIÁTRICAS

25. C. PSIQUIÁTRICAS

26. C. PSIQUIÁTRICAS

27. C. PSIQUIÁTRICAS

28. C. PSIQUIÁTRICAS

29. C. PSIQUIÁTRICAS

26. C. PSIQUIÁTRICAS

27. C. PSIQUIÁTRICAS

28. C. PSIQUIÁTRICAS

29. C. PSIQUIÁTRICAS

30. C. PSIQUIÁTRICAS

27. C. PSIQUIÁTRICAS

28. C. PSIQUIÁTRICAS

29. C. PSIQUIÁTRICAS

30. C. PSIQUIÁTRICAS

31. C. PSIQUIÁTRICAS

28. C. PSIQUIÁTRICAS

29. C. PSIQUIÁTRICAS

30. C. PSIQUIÁTRICAS

31. C. PSIQUIÁTRICAS

32. C. PSIQUIÁTRICAS

29. C. PSIQUIÁTRICAS

30. C. PSIQUIÁTRICAS

31. C. PSIQUIÁTRICAS

32. C. PSIQUIÁTRICAS

33. C. PSIQUIÁTRICAS

30. C. PSIQUIÁTRICAS

31. C. PSIQUIÁTRICAS

32. C. PSIQUIÁTRICAS

33. C. PSIQUIÁTRICAS

34. C. PSIQUIÁTRICAS

31. C. PSIQUIÁTRICAS

32. C. PSIQUIÁTRICAS

33. C. PSIQUIÁTRICAS

34. C. PSIQUIÁTRICAS

35. C. PSIQUIÁTRICAS

18. PROCEDIMENTO REALIZADO

1. Aspersão / Oxigenoterapia

2. Bandagem / Imobilização

3. Sondagem Nasogástrica

4. Colocação de Catula Orlingofaringea (Guedel)

5. Curativo Simples

6. Curativo Alcoólico

7. Drenagem de Tórax

8. Drenagem Venosa

9. Desobstrução das Vias Aéreas

10. Aspiração Oro / Nasal Traqueal

11. Manobra de Chin Lift

12. Manobra de Jaw Thrust

13. Manobra de Heimlich

14. Desfibrilação

15. Eletrocardiograma (ECG)

16. Glicemia

17. Hemostasia por compressão

18. Colar Cervical

19. História "AMPLAR"

20. Anamnese

21. Medicamentos

22. Desfibrilação

23. Ambiente

24. Medicamentos

25. Quantidade

26. Via

27. 1. EV 2. ET 3. IM 4. SC 5. SL 6. VO 7. IO 1. Solução 2. Volume

28. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

29. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

30. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

31. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

32. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

33. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

34. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

35. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

36. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

37. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

38. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

39. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

40. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

41. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

42. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

43. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

44. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

45. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

46. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

47. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

48. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

49. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

50. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

51. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

52. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

53. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

54. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

55. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

56. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

57. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

58. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

59. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

60. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

61. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

62. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

63. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

64. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

65. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

66. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

67. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

68. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

69. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

70. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

71. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

72. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

73. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

74. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

75. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

76. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

77. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

78. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

79. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

80. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

81. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1 10.1 11.1 12.1 13.1 14.1 15.1

82. 1.1 2.1 3.1 4.1 5.1 6.1 7.1 8.1 9.1

N° ANG 0649874
 Série 087
 AUTENTICAZIONE
 N° ANG 0649874
 Série 087

~~MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrivente~~

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.357.451 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/05/11

NOME ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR

FILIAÇÃO MARIA ERONDINA ALMEIDA DE AGUIAR
FRANCIDILSON VASCONCELOS DE AGUIAR

NATURALIDADE PARNAÍBA-PI DATA DE NASCIMENTO 02/03/1975

DOC. ORDEM CERT. CASAM. 2570 L 19 F 90
EXP. PARNAÍBA-PI 16/08/04

TERESENIA-PI 566.551.693-72 ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118 DE 24/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR



DOC. IDENTIFICAÇÃO NACIONAL 1357451 SSP PI

CPF 566.551.693-72 DATA DE NASCIMENTO 02/03/75

PLACAR FRANCIDILSON V DE AGUIAR

AB MARIA E ALMEIDA DE AGUIAR

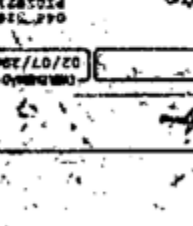
PERMITEÇÃO CONDUTORA ACC CATEGORIA C.B.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 162751701

01/06/2014 08/02/2014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR



DOC. IDENTIFICAÇÃO NACIONAL 1357451 SSP PI

CPF 566.551.693-72 DATA DE NASCIMENTO 02/03/75

PLACAR FRANCIDILSON V DE AGUIAR

AB MARIA E ALMEIDA DE AGUIAR

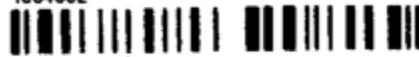
PERMITEÇÃO CONDUTORA ACC CATEGORIA C.B.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 162751701

(86) 9406 5365
9935 9635
9412 1349

09 DEZ. 2011

DUT
1004032



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PI Nº 9524248099
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 000 RENAVAM 256530173 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2011

1192
2506
9063
2758
2236
4c05
0776
1d2b
7f3a
d788
1511

NOME
MARIA ERONDINA ALMEIDA DE AGUIAR

PLACA
NIQ-4215

CPF / CNPJ
09983465353

CHASSI
9C2KC1620AR059375

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NENHUMA

COMBUSTIVEL
ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO
HONDA/CG150 TITAN MIX ES

ANO FAB. ANO MOD.
2010 2010

CAP / POT / cil. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
002P/149CC PARTICU VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1º IPVA

FADIA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
A/FID. BANCO HONDA S.A

LOCAL DATA
PARNAIBA 11/08/2011

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 9524248099 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO
2011

PLACA
NIQ-4215

CPF / CNPJ
09983465353

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 9524248099 EXERCÍCIO 2011 DATA EMISSÃO 11/08/2011

CPF / CNPJ
09983465353

PLACA
NIQ-4215

RENAVAM
256530173

MARCA / MODELO
HONDA/CG150 TITAN MIX ES

ANO FAB. CAL. TARE. Nº CHASSI
2010 09 9C2KC1620AR059375

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
123,32 013,70 137,02

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SEM IMPOSTOS (R\$)
004,15 001,05 279,27

PAGAMENTO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

DATA DE OUTAÇÃO
08/06/2011

**Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A**

CNPJ: 09.248.608/0001-04



CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS
1o. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI
Certifica que a presente fotocopia está em tudo conforme
o original que conferi e ao qual me reporto e dou fe'
Em Test. da Verdade. Parnaíba, 25/11/11
Mário Alberto Mendes Bezerra
MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente

09 DEZ. 2011



REGULADORA

OUTROS
1004054**Aviso de Sinistro DPVAT**

Código: 355598

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 01-Automóvel/Camioneta		Placa NIQ-4215/PI		
Nome da Vítima ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR		Natureza 2 - INVALIDEZ		
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 02/03/1975	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 566.551.693-72	Data Ocorrência 22/08/2011

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

☒ Certidão Nº 554979 da autoridade policial sobre a ocorrência;

☐ DUT Nº _____ () _____ () _____

☒ RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

☒ RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR	Vítima	VITIMA	02/03/1975	64215-710	566.551.693-72

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações: _____

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____

Data 09 DEZ. 2011

Local da Entrega _____

Data 09 DEZ. 2011

Beneficiário

Centaurus Vida e Previdência

Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R SENADOR DANTAS, 80, 17º ANDAR

CENTRO - Cep: 20031-204

Tel.: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: alexandre.almeida@salek.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO - SEGURO OBRIG

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
1004039

Nº DO SINISTRO _____ (CAMPO PRE
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente
Seguro Dpvt, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o
preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR, PORTADOR / A DO RG Nº

1.357.451

EXPEDIDO POR SSP-PI.

EM 25 / 05 / 2011

CPF / CNPJ Nº 566.551.693-72, PROFISSÃO DESEMPREGADO

E RENDA MENSAL DE R\$ _____, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À

INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA

ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR, AUTORIZO A SEGURADORA

CENTAURO

A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO

INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente
estes dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

() CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA CORRENTE _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 257 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

(X) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 0030

Nº CONTA POUPANÇA 130978-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS
INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA
INDENIZAÇÃO.

LOCAL PARNAIBA.PI.

DATA 25 / 11 / 2011.

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

x Alysson Almeida de Aguiar

ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago até legítimos
beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso
de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista
na Lei 619/74) e reembolso de até R\$2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total
das despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência
de Seguros Privados - SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 08002221204,
segunda a sexta-feira, de 9h às 18h.

- A Circular Susep nº 369/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas
as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este
cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa
de renda mensal.

09 DEZ. 2011

B.O. 554979

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



255596

Página 1 de 1



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO PIAUÍ

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS - B.O.

Delegacia: Farnéis - 2ª DP
Delegado: RAMON FORTALEZA RAMOS

Resp. pelo Registro: JOSÉ ESIO DE SOUSA
Data/Hora: SEG - 03/10/2011 - 08:28

DADOS DA OCORRÊNCIA

Número do B.O.: 554979

Delegacia Responsável:

Farnéis - 2ª DP

Lug. Endereço

FUNHEIRO MACHADO

Complemento

Tipo do Local

Via Pública

Município

Farnéis

Data/Hora

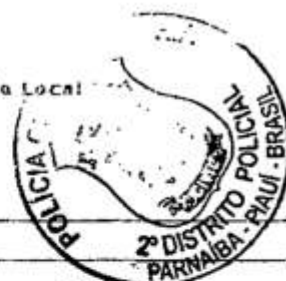
03/10/2011 - 13:20

Número

Ponto de Referência

Complemento do Tipo do Local

Bairro



DADOS DO INFORMANTE

Nome

ALMEIDA ALMEIDA DE AGUIAR

Documento

1267451

Telefone

3633231890

Endereço

R. 03 QUADRA 07, 12

Complemento

CONJUNTO JOAREQU

Bairro

RODOVIARIA

NATUREZA DO FATO

Natureza do Fato

Causa Acidental no Trânsito; acidente não corporal simples

OBJETOS MATERIAIS ENVOLVIDOS

Desc. Material

Veículos - Moto

Complemento

NIQ 4215 PIAUÍ

Valor

Quant.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Marca - Modelo - Ano

Placa

Chassi

Renavam

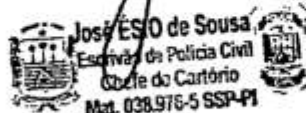
Cor

NENHUM VEÍCULO ENVOLVIDO REGISTRADO

NARRATIVA DO FATO

NARRA QUE CONDUZIA UMA MOTOCICLETA HONDA TITAN 150, PLACA NIQ 4215, ANO/MODELO 2010, COR VERMELHA, RENAVAM 256830172, CHASSI: 9C2K C7E2CHAC59375, EM NOME MARIA BRONDIRA ALMEIDA AGUIAR, PELA AVENIDA DEPUTADO FUNHEIRO MACHADO E AV. CHEGUE DE FRENTE A RODOVIARIA PERDEU O CONTROLE E CAIU SOBRE A PISTA DE ROLAMENTO, SENDO VITIMADO COM POLTRALATISMO. É O RELATO.

554979 - JOSÉ ESIO DE SOUSA



Visto do Delegado(a)

Allysson Almeida de Aguiar
Responsável pela Informação

08 DEZ 2011



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 966532
Comunicação: C1082186
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1073155 - MARCO ANTONIO DUARTE VAL Data/Hora do Acidente (hora local): 22/08/2011 19:20 BR: 343 KM: 14,3
Município/UF: PARNAIABA/PI Tipo de Acidente: Tombamento Sentido da Via: Crescente
Fase do dia: Plena noite Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Vertical, Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

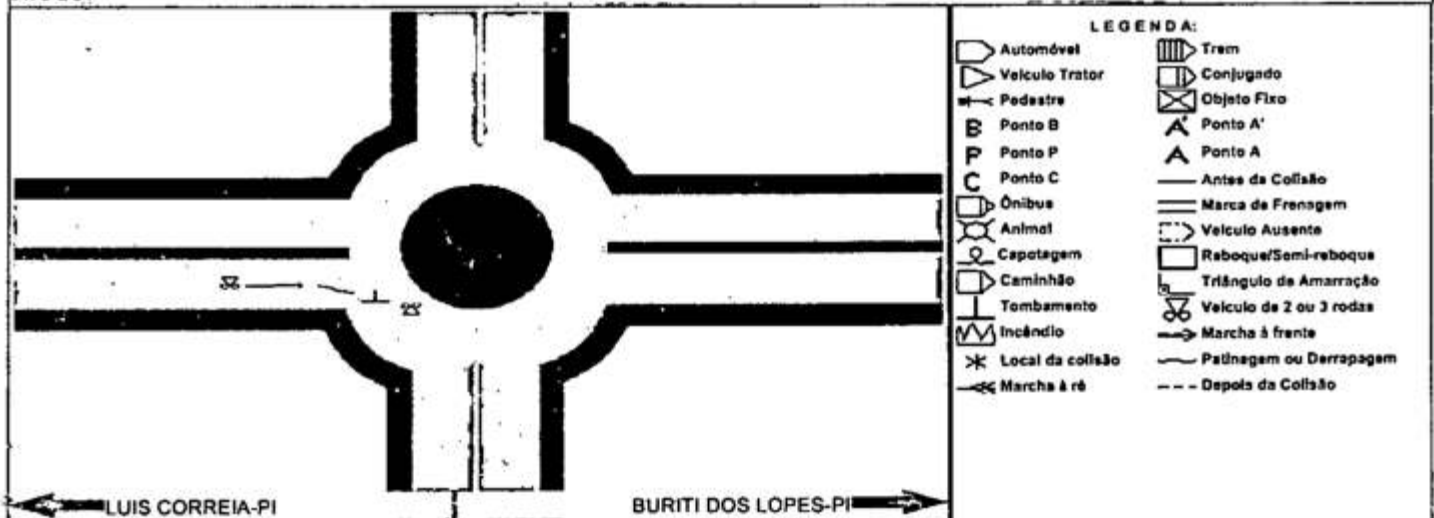
DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Comercial
Existe acostamento? Não Estado de Conservação: Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 0
Possui defesa? Possui meio-fio? Possui sarjeta?
Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 2 Tipo de Inclinação: Elevação
Obstáculo ao Cruzamento: Meio-Fio Estado de Conservação do Obstáculo: Bom
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Comércio
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas: 6
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 18 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

CROQUI



Latitude do Ponto C: Longitude do Ponto C:
Referência do Ponto A/A': Referência do Ponto B:
Distância AB (m): Distância AC (m): Distância BC (m):

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2011 11:06:03
NÚMERO DE CONTROLE: df2ed8c1d9e47ba3

09 DEZ. 2011



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 966532

Comunicação: C1082186

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

Narrativa da Ocorrência:

APÓS LEVANTARMOS DADOS NO LOCAL DO ACIDENTE, TEMOS A INFORMAR QUE: O CONDUTOR NA MOTOCICLETA, EM VELOCIDADE INCOMPATÍVEL PARA O LOCAL E DESOBEDECENDO A PLACA DE PARE, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E TOMBOU AO PASSAR POR UMA DEPRESSÃO NA PISTA.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NIO-4215 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 9C2KC1620AR059375 Renavam: 256530173

Marca/Modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX Cor: VERMELHA Ano: 2010 Tipo: Motocicletas Emplacamento: PARNAIBA/PI

Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Proprietário: MARIA ERONDINA ALMEIDA DE AGUIAR CPF/CNPJ: 099.834.653-53

Endereço: CJ GARACU, R-03 Q-07 00012CASA CEP: 00.064-200

Município/UF: PARNAIBA/PI Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:

Origem: PARNAIBA/PI - BRASIL Destino: PARNAIBA/PI - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Outros Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Sim

Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$

Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2011 11:06:03

NÚMERO DE CONTROLE: df2ed8c1d9e47ba3

09-09-2011



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 966532

Comunicação: C1082186

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBELHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG150 TITAN MIX ES Placa: NIQ-4215
Nome do Agente/Assinatura: MARCO ANTONIO DUARTE VAL Nº BOAT: 966532
Registro/Matrícula do Agente: 1073155 Data: 22/08/2011 19:20

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Gulão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2		X	
3	Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	

Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA" :

5

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena Monta: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- ☐ Dano de Média Monta: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2011 11:06:03

NÚMERO DE CONTROLE: df2ed8c1d9e47ba3

09 DEZ. 2011



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 966532

Comunicação: C1082186

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBELHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG150 TITAN MIX ES

Placa: NIQ-4215

Nome do Agente/Assinatura: MARCO ANTONIO DUARTE VAL

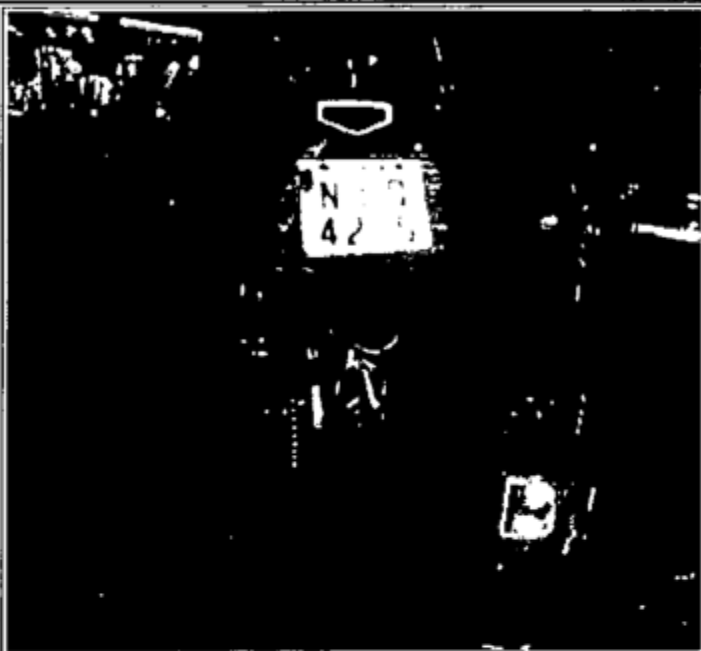
N° BOAT: 966532

Registro/Matricula do Agente: 1073155

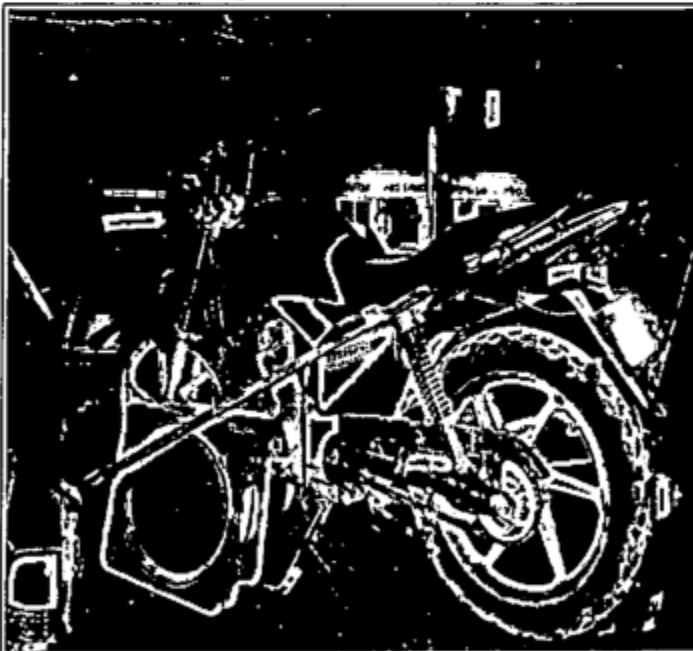
Data: 22/08/2011 19:20



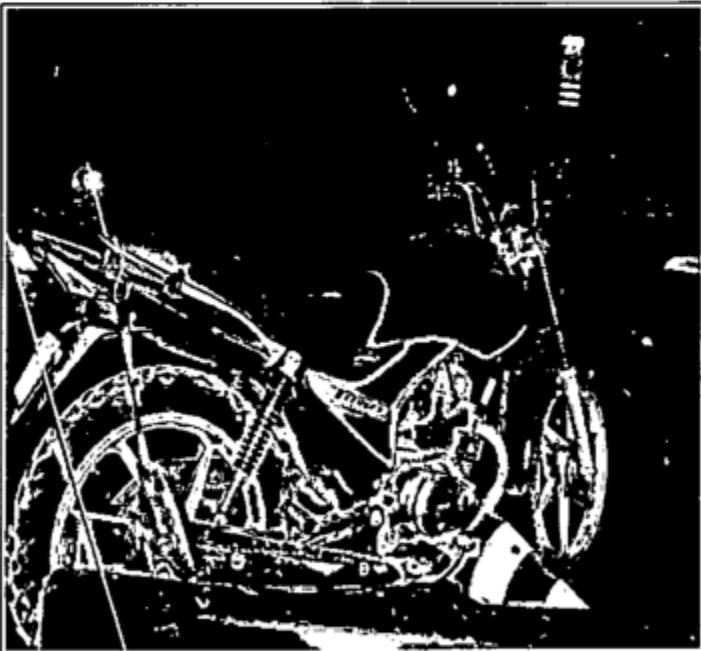
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2011 11:06:03

NÚMERO DE CONTROLE: df2ed8c1d9e47ba3

09 DEZ 2011



CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DO 2º DISTRITO POLICIAL
PARNAÍBA-PIAUÍ.3323 1500

CERTIDÃO DE I.M.L.

Certifico, a requerimento verbal de parte interessada e por ser a expressão da verdade para fins de Direito, que nesta cidade de Parnaíba, Estado do Piauí, não tem I.M.L- (instituto medico legal), e sim, somente na Cidade de Teresina- Piauí.

Parnaíba, 29 DE MARÇO de 2011



CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS

1º. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI

Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme o original que conferi e ao qual me reporto e dou fé.

Em Ter. da Verdade, Parnaíba, 29/03/11

ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente

29/03/2011

de Direto: em

ALL- (inst)

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2011480568**Cidade:** Parnaíba**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR**Data do acidente:** 22/08/2011**Emissor do parecer:** Anna Maria De Almeida Garcia**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços**CRM do médico:** 2498

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFALICO.**Descrição do exame médico pericial:** REFERE TONTURA, CEFALÉIA, BAIXA AUDITIVA LADO ESQUERDO, DORMENCIA NAS PERNAS, INCONTINENCIA URINARIA.**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR**Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.**Sequelas :** Não definido**Data da perícia:** 27/12/2011**Conduta mantida:** Não**Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** FRANCISCO DE ASSIS COSTA ARAUJO**UF do CRM do médico:** PI

DANOS

Dano

Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante

% Dimensão Graduação

100 1 25

Valor avaliado: 3.375,00