

The screenshot shows a web browser window with a PDF document open. The browser's address bar shows the URL: <https://pje.pje.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/fistProcessoCompletoAdvogado.seam?id=291561&ca=03868e3592b771abcf0d1f489a56f3550150b...>. The browser's title bar shows the text: "ProcceComCiv 0800234-12.2019.8.18.0064". The browser's address bar also shows the text: "ZULEIDE DE SOUSA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO...". The browser's address bar also shows the text: "9261266 - CONTESTAÇÃO (2712900 CONTESTACAO 01)". The browser's address bar also shows the text: "Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 15/04/2020 11:47:41". The browser's address bar also shows the text: "9 de 7". The browser's address bar also shows the text: "AUSÊNCIA DE COBERTURA". The browser's address bar also shows the text: "Exibir todos". The browser's address bar also shows the text: "protocolo.pdf". The browser's address bar also shows the text: "15/04/2020". The browser's address bar also shows the text: "PT". The browser's address bar also shows the text: "11:47". The browser's address bar also shows the text: "15/04/2020".

The PDF document is titled "9261266 - CONTESTAÇÃO (2712900 CONTESTACAO 01)". The document is from João Barbosa, a lawyer, and is addressed to the Honorable Judge of the Single Civil Chamber of the Court of First Instance of the Municipality of São Paulo. The document is dated 15/04/2020 and is marked as "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PAULISTANA/PI". The document is also marked as "Processo: 08002341220198180064" and "AUSÊNCIA DE COBERTURA".



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PAULISTANA/PI

Processo: 08002341220198180064

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ZULEIDE DE SOUSA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que não foi acostado aos autos documentos médicos indicando que as lesões apresentadas foram em decorrência de acidente de trânsito. Podemos observar também que os documentos médicos anexados aos autos possuem datas posteriores ao acidente, nem tão pouco fora acostado aos autos boletim de ocorrência, restando assim, impossibilitado a comprovação do nexo de causalidade entre o acidente e as lesões sofridas pelo autor.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DA INÉPCIA DA INICIAL

DA AUSÊNCIA DO BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que não foi instruída com os documentos essenciais à propositura da ação.

O autor não acostou o boletim de primeiro atendimento médico, documento essencial para comprovar o nexo causal do acidente.

Não se pode olvidar acerca da existência de requisitos formais para o ajuizamento de qualquer demanda, os quais são tradicionalmente denominados na praxe forense de requisitos da petição inicial, estes elencados no art. 319 do Novo Código de Processo Civil, que pedimos escusas para transcrever, senão vejamos:

“Art. 319. A petição inicial indicará:

I - O juiz ou tribunal, a que é dirigida;

II - Os nomes, prenomes, estado civil, profissão, domicílio e residência do autor e do réu;

III - o fato e os fundamentos jurídicos do pedido;

IV - o pedido, com as suas especificações;

V - o valor da causa;

VI - as provas com que o autor pretende demonstrar a verdade dos fatos alegados;

VII - o requerimento para a citação do réu.”

Em prosseguimento, cumpre salientar o disposto no art. 330, I e parágrafo primeiro, Novo Código de Processo Civil, *ipsis literis*:

“Art. 330. A petição inicial será indeferida:

I - quando for inepta;

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

Parágrafo primeiro. Considera-se inepta a petição inicial quando

I – lhe faltar pedido ou causa de pedir;

II – o pedido for indeterminado, ressalvadas as hipóteses legais em que se permite o pedido genérico;

III – da narração dos fatos não decorrer logicamente a conclusão;

VI – conter pedidos incompatíveis (...).”

Merece destaque, portanto, o disposto no art. 485, I, do Código de Processo Civil. Vejamos:

“Art. 485. Extingue-se o processo, sem resolução de mérito:

I - quando o juiz indeferir a petição inicial; (...);”

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto a comprovada omissão do autor com relação aos fatos narrado e o fato desta não ter colacionado aos autos documentos exigíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade.**

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO DOCUMENTO PROCURATÓRIO

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial a procuração, tendo em vista a autora informar não reconhecer a assinatura que consta na procuração.

JUDICIA ET EXTRA", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer está em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, inclusive **conferindo poder específico para requerer os benefícios da Justiça Gratuita na forma da Lei nº 1.060/50.**

Paulistana – PI, 06 de agosto de 2019.



Rua. Cel. Elpídio, n.97, Centro – Paulistana/PI – CEP 64.750-000
Tel: (089) 9409 3665 – Celular (089) 9985 8695
e-mail: agamenonbatista@hotmail.com ; danielbf9@hotmail.com



Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade da procuração apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja intimada a autora para o colhimento do depoimento pessoal.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito⁴.**

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴"SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro
Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190166409	Cidade: Acauã	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA	Data do acidente: 14/02/2018	Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.		
PARECER				
Diagnóstico: Traumatismo crânioencefálico				
Descrição do exame físico: Paralisia facial a direita. Refere crises fortes de cefaleia, frequentes. Em uso de analgésico diariamente.				
Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento conservador. Refere alta médica.				
Sequelas permanentes: Cranio-facial				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 19/03/2019				
Conduta mantida:				
Observações: Paciente apresenta déficit auditivo a direita nas frequências acima de 3.000 Hz (audiometria de 01/02/2019 - não atinge níveis de perda indenizáveis). Refere crises fortes de cefaleia, frequentes. Em uso de analgésico diariamente. Procedida avaliação médica na cidade de Picos.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

⁵APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **14/02/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais).**

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: 28/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03467

CONTA: 000000024649-9

Nr. da Autenticação AE51D988BD96A197

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁶.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁷.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

⁶RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁷**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁸, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DA FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL

No instituto da responsabilidade civil, a obrigação de indenizar está diretamente vinculada à comprovação real do dano, como regra mínima de convivência, o que não se verifica no caso em concreto.

⁸“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

Em que pese à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido acometida de abalo capaz de justificar a formulação do pedido de danos morais, o que dificulta até mesmo a formulação da defesa.

Nesse passo, à guisa de ilustração, faz-se remissão à lição do mestre CAIO MÁRIO DA SILVA PEREIRA, sobre o dano hipotético⁹.

Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios¹⁰.

De fato, sentimentos como descontentamento, aborrecimento e inconformismo não podem ser confundidos com o dano moral.

Entendimento contrário ao aqui defendido implicaria inferir que, doravante, o vencido sempre terá de indenizar ao outro litigante um “dano moral” que o mesmo sofrera à conta do simples “transtorno” de haver utilizado a via judicial com vistas à satisfação do seu direito! Enfim, o dano moral seria uma consequência “direta” do inadimplemento da dívida e da propositura de uma ação judicial tencionando cobrá-la!

A Ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado.

Desta forma, a parte autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação¹¹.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação¹²

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

⁹“É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in *Responsabilidade Civil, Forense*, 5ª ed., página 42).

¹⁰“AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES. COMPLEMENTAÇÃO. DESPESAS EFETIVAMENTE COMPROVADAS. PAGAMENTO A MENOR. **DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS.** SENTENÇA CONFIRMADA. RECURSOS IMPROVIDOS. Cuida-se de ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT cumulada com indenização por danos morais em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, por conta de acidente automobilístico. (...) **Outrossim, não merece guarida o pedido autoral de reparação por danos extrapatrimoniais por conta do não pagamento integral do crédito. Isso porque, embora não se negue os aborrecimentos que a situação possa ter gerado, não logrou êxito o demandante comprovar que tenha sofrido qualquer ofensa à dignidade da pessoa humana, fato que ensejaria a indenização pretendida. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido.**” (TJ-RS - Recurso Cível: 71004775029 RS, Relator: Carlos Francisco Gross, Data de Julgamento: 25/02/2014, Quarta Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 26/02/2014)

¹¹“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

¹²art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PAULISTANA, 6 de abril de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ZULEIDE DE SOUSA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **PAULISTANA**, nos autos do Processo nº 08002341220198180064.

Rio de Janeiro, 6 de abril de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Boletim de ocorrência



Piauí
TERRA QUERIDA

9

PMV.

POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
COMANDO DO SEMIÁRIDO - CPSA
20 BPM - PAULISTANA - PI
GRUPAMENTO DE POLÍCIA MILITAR DE ACAUÁ-PI
Av. Prof. Maria Lina de Araújo, s/nº, centro, Tel. (89) 3493-0028 (89) 994294139



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO
NUMERO DA OCORRÊNCIA: 006/2018 DATA DO REGISTRO: 14/02/2018 (Quarta feira)
UNIDADE RESPONSÁVEL: Grupamento Policial Militar de Acauá PI.
COMANDANTE DO GPM: GENIVALDO MIGUEL DE SOUSA CB PM.

DADOS DO INFORMANTE

NOME: Simião Bento da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Divorciado
PROFISSÃO: Aposentado. RG. 1.733.867 SSP-BA e CPF 229.430.303.25
FILIAÇÃO: Bento Antonio da Silva e Osana Marlina da Silva.
NATURALIDADE: Paulistana PI
DATA DE NASCIMENTO: 28/10/1955.
IDADE: 62 anos
LOCAL DA RESIDÊNCIA: Av. Deusdedita Cavalcante s/nº Bairro Centro
CIDADE: Acauá - PI CEP 64 748-000

RECEBIDO

31 OUT 2018

Seguradora Lider-EPVAT

HISTORICO DA OCORRÊNCIA

O informante acima Comunicou: Que na data de 14 de fevereiro de 2018 conduzindo a sua motocicleta de placa DRX 5528 Acauá PI, de RENAVAL 00872682188 chassi 9C2JC30705R751132 ano Fab. 2005 modelo 2005 em nome da proprietária Zuleide de Sousa Silva de RG 62.350.040-1 e CPF 056.389.903-48 quando de carona em sua motocicleta, quando de repente o seu vestido enganchou na coroa da corrente e chegando cair no meio da BR 407 em cima da via de rolagem, e com os exames médicos constatou que teve 3 fratura no crânio e que quebrou um osso no ouvido Razão pela qual procurou esta Unidade de Polícia, para registrar o fato e solicitar o presente boletim da ocorrência.

Era o que tinha a registrar para que produza seus efeitos legais, cujo teor fielmente transcrevi. Eu ~~Genivaldo Miguel de Sousa~~ escrivão Ad-Hoc, digitei e assino.

DADA E LAVRADA nesta cidade de Acauá - PI, GPM de Acauá - PI, aos 14 de fevereiro de 2018

GENIVALDO MIGUEL DE SOUSA.

CMT DO GPM.
RG. 1011685-94-PMPÍ

NOTIFICANTE

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS

PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELA

CPF: 01.74.238.000-01 CUS: 43.334

AVENIDA MEL E. AFRÂNIO CAVALCANTE, 201 - TEL. PAULISTANA - PI

CERTIFICADO QUEM PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL 28/02/2018 11:03:21

NOTAS

EM TEST. 006

34-VEREADOR: DOUGLAS PAULISTANA 28/02/2018 11:03:21

COM SELO DE

AUTENTICIDADE

Selo de Autenticidade

Autenticidade

Autenticidade

Autenticidade

Autenticidade

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

ENQUE MARCELO DE MORAIS NETO - ESCRIVÃO

ESCRIVÃO AUTORIZADO

Paulistana - Piauí

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ZULDE DE SOUSA SILVA

CPF da Vítima

056.389.903-48

Data do Acidente

14/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2018
Local e Data

Zulde de Sousa Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em especial, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

CPF da Vítima

056.389.903-48

Data do Acidente

24/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

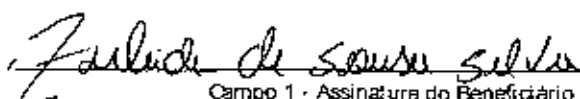
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não signifi ca prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de inexistência do IML



ACAÚA-PE, 23 de NOVEMBRO de 2018.

Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180517699

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Data do Acidente: 14/02/2018

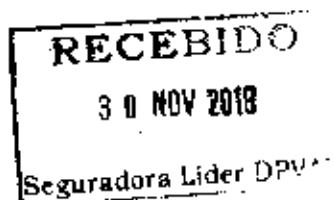
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ZULEIDE DE SOUSA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento



Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você



Declaração de Inexistência de



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 a 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

CPF da Vítima

056.389.903-48

Data do Acidente

34/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não signifi

ACAUA-PE 23 de NOVEMBRO de 2018.
Local e Data

Zuleide de Sousa Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Fundação Municipal de Saúde

HOSPITAL REGIONAL MARIANA PIRES FERREIRA

CNPJ: 11.963.359/0001-80

ATO
GOVERNO
DO PIAUÍ

Boletim de atendimento de Urgência / Emergência

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: Simão Santo da Silva DATA DE NASC.: 19.10.1990 COR:
SEXO: () MASC. (X) FEM. PROFISSÃO: DOC: 62.350.040.1 ADE: 19430 AR
CNS: 700.0025.4139.110 PA: Simão Santo da Silva
MA: Maria dos Anjos da Silva
CONSULTA: () 1ª () SUBSEQUENTE ENDEREÇO: AV. Duque de Cavalcanti
BAIRRO: 881 CEP: 64743-000 MUNICÍPIO: Aracuaia ESTADO: PI

DATA DO ATENDIMENTO: 14-02-2014 HORA DO ATENDIMENTO: 11:50

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

ANAMNESE/EXAME FÍSICO:

Pa: 110x80 - FC: 117

Paciente apresenta PS. Após sofrer queda de
frente, estaca na cabeça. Lesão aberta, com hemorragia
profusa.

PRESCRIÇÃO:

Rev. Ace. 21.30F. 33 TCB 2

anti-florido nítido (antibio)

etorilgic - 100mg - D.

Mo: TCB 1

cd. 300mg de Amoxicilina
2x1 - 12h

3) Dipirona - 1g - 4x4h
4) Analgésico - 1g - 4x4h

PROCEDIMENTO REALIZADO

DRENAGEM DE ABCESSO () QUANT.:
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO () QUANT.:
PEQUENA CIRURGIA () QUANT.:
SUTURA SIMPLES () QUANT.:
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO () QUANT.:
CONSULTA MEDICAMENTOSA () QUANT.:
IMOBILIZAÇÃO () QUANT.:
OUTRO: () QUANT.:

CODIGO: CID 10:

MEDICAÇÃO:

PRESCRITA ()
APLICADA ()
OUTROS ()

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

ASSINATURA E CARIMBO DO MED. CO-ASSISTENTE:

Simão Santo da Silva

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

Comprovação de ato declaratório



Fundação Municipal de Saúde

HOSPITAL REGIONAL MARIANA PIRES FERREIRA

CNPJ: 11.963.359/0001-80



Boletim de atendimento de Urgência / Emergência

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE:	Zulide de Sousa Silva		DATA DE NASC.:	19-10-1990	COR:
SEXO: () MASC. ☒ FEM.	PROFISSÃO:	DOC:	62.350.040-1	FONE:	19430 183
CNS:	PAI: Simão Bento da Silva				
400.0025.4239.1107	MÃE: M ^{te} das Humildes de Sousa Silva				
CONSULTA:	ENDEREÇO:				
() 1 ^a () SUBSEQUENTE	AV: Duval Cavalcanti				
BAIRRO: () 2 ^a R	CEP:	MUNICÍPIO:	ESTADO:		
64748-000	Acauã		P		
DATA DO ATENDIMENTO:	14-02-2014		HORA DO ATENDIMENTO:	11:50	

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

ANAMNESE/EXAME FÍSICO:

Pa: 110x80

Her: 117

Paciente chegou ao PS após sofrer queda de peso, estava incontinente. Refere dor de cabeça, vertigem, náuseas e vômitos.

PRESCRIÇÃO:

do exame: ECG, eletrocardiograma, 12 derivações
 An: HT, - DM, - AS, Sat: 99%
 Prescrição: clonazepam 2T, 3xF, ss, FG 2
 anti-êmfase, náusea, vômito
 otorralgia e curativo D.
 Mo: TCG

Cd: SML 2000 mL, de

400 mg/L

3) Dipirona - 1 comprimido, a cada 4h

4) Analgésico - 1 comprimido, a cada 4h

PROCEDIMENTO REALIZADO

DRENAGEM DE ABCESSO	() QUANT.: _____
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	() QUANT.: _____
PEQUENA CIRURGIA	() QUANT.: _____
SUTURA SIMPLES	() QUANT.: _____
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	() QUANT.: _____
CONSULTA MEDICAMENTOSA	() QUANT.: _____
IMOBILIZAÇÃO	() QUANT.: _____
OUTRO:	() QUANT.: _____

CODIGO:

CID 10:

MEDICAÇÃO:

PRESCRITA ()
 APLICADA ()
 OUTROS ()

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Simão Bento da Silva

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

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: 28/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03467

CONTA: 000000024649-9

Nr. da Autenticação AE51D988BD96A197

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-745/0081-00 | Ins. Estadual 19.701.303-4
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pelo SEFAZ (Lei nº 207.796/04)

Nº de Nota Fiscal: 007953765

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 207.796 de 20 de abril de 2004.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	10/07/2018	30	20,97

MARIA DOS REIS DE SOUSA SILVA
R. JOAQUIM R DE SOUSA 389 CENTRO CENTRO
CPF: 00056645961391
CEP: 64.748-000 - ACAAIA

ROT: 207.796.04.16.059110

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	3243	Atual:	03/07/2018
Anterior:	3243	Anterior:	06/06/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	02/08/2018
Consumo Medido:	0	Emissão:	02/07/2018
Consumo Faturado:	30	Apresentação:	03/07/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Sub-classe	Ligação	Número Finalizador	Rede	Código Pat	Mês de 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1558874		1.1.1.1	51

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/18	0
MAI/18	61
ABR/18	66
MAR/18	59
FEV/18	59
JAN/18	72
DEZ/17	58
NOV/17	62
OUT/17	56
SET/17	57
PARTICIP. SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - R. 0,0000	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/07/2018, em função das contas vencidas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no CADINRA. Informamos ainda existirem contas vencidas e a serem pagas no valor de R\$ 20,75 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
06/2018	19,67	

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	5,19	Base de Cálculo:	
Energia:	9,84	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	1,54	Valor do ICMS:	
Encargos:	1,56	Valor do PIS:	0,18
Tributos:	1,03	Valor do COFINS:	0,85

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Índice de Continuidade	6,47	12,95	25,89	3,61	7,23	14,45	3,80
Índice de Qualidade	0,00			0,00			0,00

PICOS - JUNCO 05/2018 17,79

Tel 89- 994 0110/44
999 17 67 09

REAL JURÍDICA



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO
RUA JOAO DE CASTRO NR 816 SB
CABUIS
26540-390 NILOPOLIS - RJ

CTC N IGUAÇU RJ PL4



101 135288001E30000000045030 1E816

[illegible]

250540
MAY 20 09 40
JUN 12 2009

HODGKIN-25
 RESEARCHED INVESTIGATIONS
 WAS EXISTE IN MR. HODGKIN
 DEPARTMENT

DATA AND CODE AVAILABILITY



REAL JURIDICA

RUA AUGUSTA 845105, 233 CENTRO
RIO VERDE - GO
75961-030

생물자원의 이용과 관련하여 5개 항목이 100%로 나타났다.

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 757 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-000
Fone/Fax: (065) 3241-3243
Fone/Fax: (065) 3241-3243
Regime especial de faturamento autorizado pela ANEEL nº 10.428 de 26 de abril de 2002.

Nº da Nota Fiscal

A Data de Emissão da Nota Fiscal - TSE Total em
R\$ 10.428 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSÍLIO (R\$)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	14/09/2018	37	26,61

MARIA DOS REISILDES DE SOUSA SILVA
R. JOAQUIM R DE SOUSA 389 CENTRO CENTRO
CPF: 00056645961391
CEP: 64.748-000 - ACAUA

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 3284	04/09/2018
Anterior: 3247	02/08/2018
Constante de Multiplicação: 1,000	04/10/2018
Consumo Medido: 37	03/09/2018
Consumo Faturado: 37	08/09/2018
Consumo Faturado: 37	08/09/2018

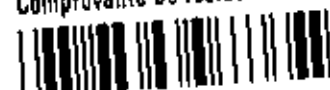
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classificação: RESIDENCIAL
Ligação: RENO
Medidor: 41558874
Código Pte: 1.1.1.1
Plano: 46

HISTÓRICO DE CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR (R\$)
AGO/18 4	CONSUMO 37 A R\$ 0,635248	23,65
JUL/18 0	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,23
JUN/18 0	CORRECAO MONETARIA 10 08/18-00	0,12
MAY/18 61	MULTA POR ATRASO 03/18-00	0,55
ABR/18 66	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	0,06
MAR/18 59	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,64	
FEV/18 59		
JAN/18 72		
DEZ/17 58		
NOV/17 62		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
R\$ 37 - 0,635248		

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 03/09/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

COMPOSIÇÃO DA LEITURA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 6,40	Base de Cálculo:
Energia: 12,13	Alíquota ICMS:
Transmissão: 1,90	Valor do ICMS:
Encargos: 1,93	Valor do IPI:
Tributos: 1,29	Valor do CONTRIB:

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ZULEIDE DE SOUSA SILVA

RG nº 62.350.040-1, data de expedição 30/06/2016 Órgão SSP/SP

CPF nº 056.389.903-48, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	R. JOAQUIM R DE SOUSA	
Número	389	
Apto / Complemento		Comprovante de residência
Bairro	CENTRO	
Cidade	ACAUÃ	
Estado	PEAÚ	
CEP	64748-000	
Telefone de Contato	(11) 993740841	
E-mail	sousasilvazuleide@gmail.com	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ACAUÃ-PE, 23/05/2018.

Assinatura do Declarante:

Zuleide de Sousa Silva

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 729 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-700/001-889 - Fone: (065) 324.2266
Nota Fiscal / Guia de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime especial de tributação autorizado pela SZFAS/05/20

Nº da Nota Fiscal

013242266

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	13/11/2018	56	51,14

MARIA DOS REINOLDES DE SOUSA SILVA
R. JOAQUIM N. DE SOUSA 389 CENTRO CENTRO
CPF: 00056645961391
CEP: 64.748-000 - ACAUA

DADOS DA LEITURA		DIFERENÇA DA LEITURA	
Atual:	5590	Atual:	05/11/2018
Anterior:	3340	Anterior:	05/10/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima leitura:	05/12/2018
Consumo Medido:	56	Estimado:	05/11/2018
Consumo Faturado:	56	Aprovação:	06/11/2018
	NORMAL		32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Nome/Endereço	Ligação	Medição Medida	Data	Código Pó
RESIDENCIAL	HOMO	A1558874		1.1.1.1
				44

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
OUT/18 36	CONSUMO	56 A R\$ 0,836379 = 46,83
SET/18 37	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	3,34
AGO/18 4	CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00	0,04
JUL/18 0	MULTA POR ATRASO 10/18-00	0,88
JUN/18 0	JUROS POR ATRASO 10/18-00	0,05
MAI/18 61	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,10
ABR/18 66	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	2,27
MAR/18 59		
FEV/18 59		
JAN/18 72		
TARIFA SOCIAL TSEE		
R\$ 56 - R\$ 56,59		

MESSAGENS IMPORTANTES / PRAZO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA QPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 05/11/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESUMÃO DO F220		FISCAL CADA 2503.2401.9603.5A74.6360.58DE	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	9,54	Imposto de Renda:	46,83
Energia:	18,14	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	2,85	Valor do ICMS:	10,30
Faturo:	2,89	Valor do PIS:	0,55
Tributos:	13,41	Valor do COFINS:	2,56

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
6,47	12,95	25,89	3,63	7,73	14,45	3,80	
0,00			0,00			0,00	

Comprovante de residência



 COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ CNPJ: 06.845.747/0001-27 AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 N - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300	CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 08000 86 8888	
	MATRÍCULA: 24056992	

MÊS/ANO: 11/2018 VENCIMENTO: 16/11/2018
 MARIA DOS H DE SOUSA SILVA
 RUA JOAQUIM RODRIGUES DE SOUSA, NUM. 389
 CENTRO
 ACADE PI 64748-000

DESCRIÇÃO	229.001.0002.0047.00	HIDRÔMETRO	VOL. FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	ALIGF022042	10	REAL	75454560
DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DIAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA
27/09/2018	27/10/2018	30	137	186	12
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.
10/2018	14	09/2018	10	08/2018	6
				07/2018	12
				06/2018	10
				05/2018	15

DESCRIÇÃO	VALORES (R\$)
TARIFA DE ÁGUA	26,91
MANUTENÇÃO DE HIDRÔMETRO 001/001	1,60
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	0,59
JURAS DE MORA 001/001	0,60

EVITE O CORTE
 VERIFIQUE SE O DÉBITO ABALOU ESTA PÁGINA.
 SE ESTIVER, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS	Base de Cálculo:	29,70	TOTAL A PAGAR (R\$)
	JR:	1,43	
	CSLL:	0,30	
	COPINS:	0,89	
	PIS/PASEP:	0,18	29,70

AVISO DE DÉBITO: CONTAS > VALOR: 50,42
 A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA COMA ALTERNATIVA
 RETIRE 2 VIA NO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR			
Parâmetro	Valor Médio	Padrão de Forç. 518/M	Padrão de Forç. 518/M
Fibor	1,44	5,0	1,5
Turbidez	1,20	5,0 a 9,5	0,3
pH	6,46	7,0	0
Cor	0,66	0,2 a 5,0	0
Cloro			

Parâmetro	Valor Médio	Padrão de Forç. 518/M
Fibor	0,00	0,3
Perro		0
Colif. Total	Ausente	0
Colif. fecal	Ausente	0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

000.018

RECEBIDO
 09 JAN 2019
 Responsável Líder DDUAT

Comprovante de residencia



Para contato com a Eletrobras, informe o NÚMERO

SEU CÓDIGO

0659698-3

010583419

CONSUMIDORA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sol - Teresina - PI
CNPJ 06.846.740/0001-80 | Tel.: 3424.2121
Rua Brasil / Centro de Energia Urbana - Sítio V-1
Regime especial de Imposto adotado pela SDAZ 06/06

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi aplicada pela Lei nº 7.024 de 24 de abril de 2003.

PERÍODO DE FATURAMENTO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	14/09/2018	37	26,61

MARIA DOS REIS REIS DE SOUSA SILVA
R. JOAQUIM R DE SOUSA 389 CENTRO CENTRO
CPF: 00056645961391
CEP: 64.744-000 ACAAU

DADOS DA CÉLULA	DATA DE FATURAMENTO
Atual: 3284	04/09/2018
Anterior: 3247	02/08/2018
Constante de Multiplicação: 1,000	04/10/2018
Consumo medido: 37	03/09/2018
Consumo Referencial: 37	08/09/2018
Consumo Referencial: NORMAL	33

Grupos Tarifários	Ligação	Atividade	Posto	CAQ de Pico	Ativo - 17 min
RESIDENCIAL	MONO	A1558874		1.1.1.1	46

HISTÓRICO DE FATURAMENTO	DESCRIÇÃO DA CÉLULA	VALOR (R\$)
AGO/18	CONSUMO 37 A R\$ 0,639248	23,65
JUL/18	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSP)	2,23
JUN/18	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00	0,12
MAI/18	MULTA POR ATRASO 03/18-00	0,55
ABR/18	JUROS DE MORA DE INPO 08/18-00	0,06
MAR/18	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,64	
FEV/18		
JAN/18		
DEZ/17		
NOV/17		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
VA 37 - 0,604270		

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 35 20 25
Parabéns! Até o dia 03/09/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCAL 4CSF.2708.FB23.9688.R508.F3E0.48DA.5313

COMPOSIÇÃO DA CÉLULA - R\$	IMPÓSITOS/ENCARGOS - R\$
Distribuição: 6,40	Base de Cálculo:
Energia: 12,13	Alíquota ICMS:
Encargos: 1,90	Valor do ICMS:
Encargos: 1,93	Valor do ICMS: 0,23
Tributos: 1,29	Valor do ICMS: 1,06

INFORMAÇÕES DE CONTINUIDADE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ZULEIDE DE SOUSA SILVA

RG nº 62.350.040-1, data de expedição 30/06/2016 Órgão SSP/SP

CPF nº 056.389.903-48, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro;

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. JOAQUIM L DE SOUSA</u>
Número	<u>389</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ACAUÃ</u>
Estado	<u>PEAUI</u>
CEP	<u>64748-000</u>
Telefone de Contato	<u>(11) 993740841</u>
E-mail	<u>sousasilvazuleide@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ACAUÃ-PE, 23/05/2018.

Assinatura do Declarante: Zuleide de Sousa Silva

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/PA - Teresina - PI
CEP 64.000-000 (Insc. Estadual 14.301.320-5)
Nº de Fone 1 e 2: 3340 (Insc. Municipal 14.301.320-5)
Regime especial de Imposto de Renda nº 2732/00/20

1ª de Nota Fiscal 013242266

Atenção: Toda fatura elétrica - TSE - tem validade até 10 dias do dia de emissão.

CONTAS	ABRILMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	13/11/2018	56	51,14

MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA
R. JOAQUIM R DE SOUSA 389 CENTRO CENTRO
CPF: 00056545961391
CEP: 64.748-000 - ACAUA

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 3340	Atual: 05/11/2018
Anterior: 1,000	Anterior: 05/12/2018
Constante de Multiplicação: 56	Próxima Leitura: 05/11/2018
Consumo Medido: 56	Entrega: 06/11/2018
Consumo Faturado: 56	Apresentação: 32
NORMAL	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Nome/Endereço	Idade	Plano de Saúde	Sexo	Código P. 12 dígitos
RESIDENCIAL	NONO	1558874		1.1.1.1 44

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor
OUT/18 50	CONSUMO 56 A R\$ 0,9136279 =	46,83
SET/18 37	CONTR. TRIBUTACAO PIS (COSIP)	3,34
AGO/18 4	CORREÇÃO MONETARIA IG 10/18-00	0,04
JUL/18 0	MULTA POR ATRASO 10/18-00	0,00
JUN/18 0	JUROS POR ATRASO 10/18-00	0,00
MAY/18 61	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,10	0,10
ABR/18 66	ADICIONAL BANDEIRA VERDE/AM - 2,27	2,27
MAR/18 59		
FEV/18 59		
JAN/18 72		
TOTAL DA FATURA:		51,14
0 A 56 - 0,9136279		

MENSAGENS IMPORTANTES / PREVISÃO DE VENCIMENTO
LIQUE SEUS R\$ 0,00 E FAÇA O PLANO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 05/11/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESUMÃO DO FATO				
CE3C, CHUA, 2503, 2483, 0863, 5A, 74, 6360, 5806				
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	9,54		Imposto de Renda:	46,83
Energia:	18,14		Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	2,85		Valor do ICMS:	10,30
Encargos:	2,89		Valor do PIS:	0,55
Tributos:	19,41		Valor do COFINS:	2,56
INDICADORES DE CONFIABILIDADE				
6,47	12,95	25,89	3,61	7,73
0,00			0,00	0,00

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ
 CNPJ: 06.845.747/0001-27
 AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 N - CRP: 64.000-610
 FONE GERAL: 3216-5100

CONTA DE ÁGUA
 ATENDIMENTO
08000 86 8888
 MATRÍCULA: 24555293

MÊS/ANO: 11/2018 **VENCIMENTO: 18/11/2018**

MARIA DOS R DE SOUSA SILVA
 RUA JOAQUIM RODRIGUES DE SOUSA, NUM. 389
 CENTRO
 ACADE PI 64740-000

CATEGORIA	RECORRIDAS	HIDROMETRO	VOL. FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	AL6F022007	10	GERAL	76454560
DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DIAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA
27/09/2018	27/10/2018	30	177	186	12
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.
10/2018 14	09/2018 70	08/2018 6	07/2018 12	06/2018 10	05/2018 15

DESCRIÇÃO

TARIFA DE ÁGUA
 MANUTENÇÃO DE HIDROMETRO 001/001
 MULTA IMPONTUALIDADE 001/001
 JUROS DE MORA 001/001

EVITE O CORTE
 VERIFIQUE SE O DÉBITO ABAIXO ESTÁ PAGO
 SE ESTIVER, DESCONSIDERE ESTE AVISO

26.91
 1.60
 0.59
 0.60

DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS	Base de Cálculo:	TOTAL A PAGAR (R\$)
	29.70	
	IR: 1.43	COTINS: 0.89
	CEL: 0.38	PIS/PASEP: 0.19
		29.70

AVISO DE DÉBITO: CONTRA: 2 VALOR: 50.41
 A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA
 RETIRE 2 VIA NO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR			
Parâmetro	Valor Médio	Padrão de Port. 518/MS	Padrão de Port. 518/MS
Turbidez	1.44	5.0	1.5
pH	7.20	6.0 A 9.5	0.3
Cor	0.45	25.0	0
Cloro	0.64	0.2 A 3.0	0
Fluor			1.5
Perco	0.00		0.3
Colif. Total	Ausente		0
Colif. Fecale	Ausente		0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

000.018

RECEBIDO
 09 JAN 2019
 Responsável Líder DDUAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva);

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO CARLOS DE LIMA MACEDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.281.807, 22 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ZULCIDE DE SOUSA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.389.903, 48 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima ZULCIDE DE SOUSA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.389.903, 48 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua João de Castro</u>	Número <u>816</u>	Complemento —
Bairro <u>CARUÍ</u>	Cidade <u>Nilópolis</u>	Estado <u>RO</u>
Email —	Telefone comercial (DDD) —	CEP <u>06540-390</u>
		Telefone celular (DDD) <u>(21) 96467-3588</u>

RO 05 de Setembro de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



DENTITION

0320180000163

Nº 012825467660

00154905504

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

023500c2c022418c94ab82e44dc68f871364b3012818

[-VTA]

VIA 1 009726924 R9

-ANTAC

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

RUA PROJETADA VINTE E OITO. 00003
COFAB PI

05638990348

PLATA
DE \$ 5.25

MARTINS DANIEL DE SOUSA

PLACA ANT/UF
DRX-552B

-CHASS

9C2JC30705R75E1.32

ESPECIE TÃO
CAR/MOTOCICLO/NENHUMA

COMBUSTIBLE
GASOLINE

MARCA/MODEL

HONDA/CG 125- PAN JOB. KS

AND FABRIC	AND MORE
2005	2005

01P/0124CC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

OBSERVAÇÕES

SELF-RESTRICTIONS

FINAUA

— LÔCA

1273 OAT 118

FILE NUMBER OF CORRESPONDENCE

Downloaded by [193.50.135.80]

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATIV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R5

NOMES DE COMPANHIA:

—**தமிழ்நாடு**

ENDRE:

LOCALITÀ: -

ASSINATURA DO PROPRIETARIO (NENDUOI)

[illegible]

ASSIGNMENT TO COMPLETION

DE ACORDO:

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)
CONFORME ART. 359 C.P.C.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013604222485
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 0087282188
COP. RENOVAC. 2018
EXERCÍCIO 2018

PLACA: INK-552B
MARCA/MODELO: HONDA/CG 25 FAN JON RS
COR: PRATA
CATEGORIA: 02

VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90

VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90

VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90

VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90

VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
FISICA (TRANSITANTES OU NAU) SEGURO DPVAT

PI Nº 013604222485 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 0600 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 30/08/2018

VIA: 0087282188
COP. RENOVAC. 2018
EXERCÍCIO 2018

PLACA: INK-552B
MARCA/MODELO: HONDA/CG 25 FAN JON RS
COR: PRATA
CATEGORIA: 02

VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90

VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90

VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90

VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90

VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90
VALOR DO LIC. ANUAL: R\$ 14,90

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

АУТЕНТИЧНО МЕДИЦИНА

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 34601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0503372

Registro: 385035

Data: 14/02/2018

Hora: 14:05:00

Funcionário: KLEBIA

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha: 73

SUS

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Nasc.: 19/10/1990

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS

Profissão: LAVADOR

End.: SEBASTIAO VITORIA, 0

Bairro: CENTRO

Civil:

CPF: 64748-030

Cor: PARDA

Telefone: (89) 9940-40308

Mãe: MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA

Cidade: ACAUA/PI

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: AMB ACAUA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301050118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 14:19:49

Prioridade:

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

Queixa/História: PACIENTE APRESENTA OTORRAGIA + DESORIENTAÇÃO + HEMATEMESE PÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Alergias: NEGA

Medicação Usual: NDN

PA: 140/90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mmpr

SAT O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHAMENTO EM ANEXO

Conduta: AO-CLINICO

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência ☐ Destino:

ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Paciente ou Responsável

6801 - JOSE MARIA DE ARAUJO FILHO
Médico Responsável

SEBASTIAO VITORIA 180 13-SET-2018 17:48:03 34 121



Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Médico:

Radiologista: PI2832

Data: 14/02/2018

AV. GETÚLIO VARGAS, 509, CENTRO
FONE: (89) 3422-1235

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Tomografia computadorizada sem contraste venoso.

Achados:

Fratura posterior na linha média do osso parietal, se estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal, com hemotímpano à direita.

Hematoma subgaleal parietal na linha média e frontotemporal direito.

Discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3 cm.

Ausência de processo expansivo neoplásico parenquimatosa, hemorragia parenquimatosa aguda, desvio das estruturas da linha média ou apagamento das cisternas da base.

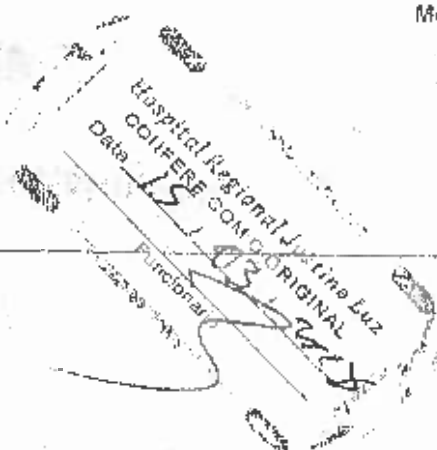
Sistema ventricular típico, com morfologia e dimensões preservadas.

Conclusão:

Laudo descritivo.

Documento assinado digitalmente em 14/02/2018 por:
Dr. Fábio Augusto Costa Martins

Dr Fábio Augusto Costa Martins
Médico Radiologista
CRM PI - 2823



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
SULEIDE D SOUSA SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
7000254139-107
10 - NOME DA MÃE
MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA
12 - ENDEREÇO
LESTE BRASILEIRA, 0 -
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ACAUA

8 - DATA DE NASCIMENTO
19/10/1990

19/10/1990

Mapa

6 - N° DO PRONTUÁRIO

234561

9 - SEXO

1 - Fem. X 2 - M.

11 - TELEFONE DE CONTATO

(09) 9940 35947

14 - COD. IGBE MUNICÍPIO

2200053

15 - UF

PI

16 - CEP

64740-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de peso
- TCE
- Fmt. PO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

100 0303040084

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

150 S068 V294

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

150

21 - CID PRINCIPAL

S068

22 - CID SECUNDÁRIO

CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

25 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

854.443.11310

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/02/2018

32 - ASS. E CARIMBO (N° DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - ACIDENTE TRAB. TÍPICO

41 - ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAL EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - COD. ORÇÃO EMISSOR

M22035090

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

62780

45 - CODUMENTO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF 078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

2218301217306

Atendimento:	1057429
Data:	15/02/2018
Hora:	3:40

Nº
RAO

BOLETIM DE ADMISSÃO

164561 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 19/10/1990 - 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Clinica: NEUROCIRURGIA Enfermaria: N05- NEUROCIRURGIA Leito: N0501 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 0000 HOSPITAL TIBERIO NUNES

RG: 62.350.040-1 C/N: SIS Prontat:

Endereço: LESTE BRASILEIRA, Nº 0 - CEP: 64748-000

Bairro:

Cidade: 2200053- ACAUA/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai: SIMIAO BENTO DA SILVA

Mãe: MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA - () -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

La de Acompanhante:

☐ Sim

☐ Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
30 07 2018

HOSPITAL TIBERIO NUNES

TCE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ZULCIDE SOUSA

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONTUÁRIO
CLÍNICA
NEUROCIRURGIA

ENFERMAGEM

LEITO

MÉDICO ASSIST.

203

OBSERVAÇÕES

TCE GUN

At 13:15h com acompanhamento de
neurologia, ECG. Exat. 13:15h
13/06/2013

19/06/13

1 - Dieta 3M/SND	() () ()	
2 - SF0,9% 1500 ml EV 24 h	() () ()	
KCl 10% 5 ml por soro	() () ()	
3 - Fenitoina 2ml + 8ml AD EV 8/8 horas	14 2.2 0.6	
4 - Dipirona 2 ml EV 6/6 horas	12 1.8 2.4 0.6	
5 - Plasil 1ampola EV S/N	ATENÇÃO	
6 - Ranitidina 50mg EV 8/8 horas	14 2.2 0.6	
7 - Tilactil 20mg EV 12/12 horas	10 2.2	
8 - Dimorf 1,0ML + 9,0ML DE ÁGUA DESTILADA (FAZER 3,0ML EV S/N)	ATENÇÃO	
9 - Haldol 10 mg EV S/N	ATENÇÃO	
10 - Tylex 30mg VO S/N	ATENÇÃO	
11 - Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml EV S/N	ATENÇÃO	
12 - SSVY + COGG + Cabeceira elevada 30° (TAX, P, R, PA e FC)	12 1.8 2.4 0.6	
13-FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA		
		
421201		

13/06/2013 13:15h
13/06/2013 13:15h
13/06/2013 13:15h

PACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA

INFERMARIAS: 1055-NEUROCIRURGIA

LEITO: 0502

ADMISSÃO: 15/02/2018

DIAS INTERNADO: 3

27 ANOS 3 MESES 27 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/02/2018 - 11:03:34

Evolução Médica

11:03:28

BO M ESTADO GERAL

ECG 15

CEFAZOLINA

CD TC CONTROLE

DIETA BRANDA

DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1G

FENITOINA SODICA 100 MG

TRAMADOL (CLORIDRATO) 50MG/ML - AMP 2ML

JELCO SALINIZADO

1,00 AMP IV
1,00 COM ORAL
1,00 AMP IV

06/08H
08/08H
08/08H

DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9%

EXAME: TC Crânio (cont.)
DATA/HORA: 18/02/18
ASS: TERCIOLOXIA

João Carlos de Oliveira
Neurocirurgião

4083 - JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1
Data impresso: 18/02/2018

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da Internação: 16/02/2018 - 03:40:00

Sexo: F

Idade: 27 ANOS,3 MESES,27 DIAS

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA

Clinica: NEUROCIRURGIA Leito: N0203

Evolução

18/02/2018

Enfermeiro(a)

Assinatura

10:00:00	SEGUE CONSCIENTE, DESORIENTADO, FASICO, INQUIETA, RESPIRANDO AR AMBIENTE. ACEITA DIETA OFERECIDA, SONO E REPOUSO SATISFATORIO. QUEIXA-SE DE CEFALEIA INTENSA, MEDICADA CPM.	EDINALVA	Edinalva Nogueira Virgulim Enfermeira COREN-PI 312.518
16:00:00	REALIZADO TC CONFORME SOLICITAÇÃO.	EDINALVA	Edinalva Nogueira Virgulim Enfermeira COREN-PI 312.518

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Nome:

Zuleide de Sousa

End.:

Leito

203

Data:

18/02/18

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

As 12h pt, segue com repouso no leito, calma, consciente, fôlego livre-se de O₂ inteira, Pulso realizado medicação conforme Presc.

Ps = 112 x 80, T = 36,9, FC = 69, R = 20. A. Costa Lps

As 18h repouso Ps = 120 x 90, T = 35,9, FC = 64, R = 20. A. Costa Lps

As 24:00h paciente segue sem queixas alivas no momento Dor 7 mmHg, T = 36,8°C bpm 68. Sc. Janela — 1 —

As 6:00h paciente calma, consciente, acordada segue sem queixas alivas Sc. Janela — 1 —
 Ps = 133 x 90 mmHg, T = 36,8°C bpm 69.

30 02 2018

PACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA
ENFERMARIA: N05-NEUROCIRURGIA
LEITO: N0502
ADMISSÃO: 15/02/2018
DIAS INTERNADO: 2
27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

17/02/2018 - 18:24:37

Evolução Médica

18:24:28 TCE
ECG 15
SEM DEF CITS NEUROLOGICOS FOCAS
CEFALEIA LEVE
C/D ANALGESIA
TC CONTROLE AMANHÃ

DIETA BRANDA

DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1G	1,00 AMP	IV	06/05H	1,00 AMP	IV	08/08H	DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9%
FENITOINA SODICA 100 MG	1,00 COM	ORAL	08/08H	1,00 COM	ORAL	08/08H	
TRAMADOL (CLORIDRATO) 50MG/ML - AMP 2ML	1,00 AMP	IV	08/08H	1,00 AMP	IV	08/08H	
JELCO SALINIZADO							

4083 - JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA, JUNIOR

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Nome:

Felício de Sousa Silva

End.:

Leito

502

Data:

12/10/2018

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

As 10:05 paciente evolui comiente, acordada, ECOG 15, apresentando hematoma bilateral, torçao e D, hematoma da tração da culatra e D, sono e repouso prejudicados, exortando, pelo corpo, cefaléia intensa (NC), sob vigilância da equipe de enfermagem. Ex. Semelha de 338. 036.

GABRIEL FERREIRA, S/N, Q - MANGUINHA
64800-400, FLORIANO/PI
CNPJ: 06.553.564/0103-62
TELEFONE: (89) 3522-1489

PACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA

ENFERMARIA: N05-NEUROCIRURGIA LEITO: N0502 ADMISSÃO: 15/02/2018 DIAS INTERNADO: 1 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

16/02/2018 - 10:28:07

Evolução Médica

10:27:48 TC E LEVE
FX MASTÓIDE D
FX PO E
GLASGOW 14
CO: OBSERVAÇÃO

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML	1,00 BOL	IV	06/06H	(06/06) (06/06) (06/06) (06/06)	
DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1G	1,00 AMP	IV	06/06H	1 (06/06) 1 (06/06) 2 (06/06)	
FENITOINA SODICA 100 MG	1,00 COM	ORAL	08/08H	1 (08/08) 1 (08/08) 2 (08/08)	
DECADRON 4MG IV 06/06H					
SSVV - (TAX, P, R, PA e FC)	18		24	06	

Tramadol 50mg, IV, 08/10/8h. 28/02/2018

Dr. Elton Bezerra
CRM: 010.004.000-70
CPF: 010.004.000-70

5318 - ELTON PORTELA SANTOS BEZZERA

Hospital Regional "Tibério Nunes"
 Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
 Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

End.: Leito 505- Data: 12/10/10

[illegible]

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00

Sexo: F

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA

Clinica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Data impressa: 16/02/2018
 Page 1 of 1

Anotação
 16/02/2018

Técnico(a)

Assinatura

16:06:52	PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS. - PA:110/86 TAX:37º F.C.:58 F.R.:0 Glicemia:0	IANARA	IANARA D. S. SILVA Técnica de Enfermagem COREN-SC 676911
19:16:44	SEGUE REFERINDO CEFALÉIA, MEDICADA CONFORME PRESCRITO. - PA:124/77 TAX:0º F.C.:57 F.R.:0 Glicemia:0	IANARA	IANARA D. S. SILVA Técnica de Enfermagem COREN-SC 676911

DEB. PA - 103 x 57 mmHg / 8 - 53 bpm
 IANARA D. S. SILVA
 Técnica de Enfermagem
 COREN-SC 676911

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data Impresso: 16/02/2018

Page 1 of 1

Data da Internação: 16/02/2018 - 03:40:00
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Anotação

16/02/2018

Técnico(a)

Assinatura

02:15:08	PACIENTE CALMA, SONOLENTA SEM QUEIXAS ALGICAS - PA:11/70 TAX:37º F.C.:81 F.R.:0 Glicemia: 0	JOSELIAS	
----------	---	----------	---

na ECOM. - por - 200x60 mm - 10x36, 1º - bom 63. - G.C. - Joselias

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00

Sexo: F

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Page 1 of 1
Data impresso: 15/02/2018Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

15/02/2018

10:00:00	SEGUE SONOLENTA, ORIENTADO, FASICO, COOPERATIVO, AVP EM MSE, HIGIENIZADO, REFERE CEFALÉIA E OTORRAGIA D.	EDINALVA	Edinalva Nogueira Virgínia Enfermeira COREN: 01 312 518
	ACEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SONO E REPOUSO TRANQUÍLO.		

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 15/02/2018

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00

Sexo: F

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA

Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Anotação

15/02/2018

Técnico(a) Assinatura

18:00:00	PACIENTE CALMA, UM POUCO SONOLENTE, SEM QUEIXAS ALGAS NO MOMENTO - PA:111/60 TAX: 37º F.C.:89 F.R.: 19 Glicemia: 0	MARILUCIA	Marilda Bezerra de Albuquerque Técnica de enfermagem CRLN-95.1187.865
12:00:00	PACIENTE CALMA, SONOLENTE, ORIENTADA, SEM ALTERAÇÕES ATÉ O MOMENTO - PA:111/70 TAX: 37º F.C.:90 F.R.: 0 Glicemia: 0	MARILUCIA	Marilda Bezerra de Albuquerque Técnica de enfermagem CRLN-95.1187.865

**Secretaria de Saúde do Estado do F. A. P.
Hospital Regional "Tibério Nunes"**

Mod. 312 Frente e Verso - Prescrição Médica

1890
 1891
 1892
 1893
 1894
 1895
 1896
 1897
 1898
 1899
 1900
 1901
 1902
 1903
 1904
 1905
 1906
 1907
 1908
 1909
 1910
 1911
 1912
 1913
 1914
 1915
 1916
 1917
 1918
 1919
 1920
 1921
 1922
 1923
 1924
 1925
 1926
 1927
 1928
 1929
 1930
 1931
 1932
 1933
 1934
 1935
 1936
 1937
 1938
 1939
 1940
 1941
 1942
 1943
 1944
 1945
 1946
 1947
 1948
 1949
 1950
 1951
 1952
 1953
 1954
 1955
 1956
 1957
 1958
 1959
 1960
 1961
 1962
 1963
 1964
 1965
 1966
 1967
 1968
 1969
 1970
 1971
 1972
 1973
 1974
 1975
 1976
 1977
 1978
 1979
 1980
 1981
 1982
 1983
 1984
 1985
 1986
 1987
 1988
 1989
 1990
 1991
 1992
 1993
 1994
 1995
 1996
 1997
 1998
 1999
 2000
 2001
 2002
 2003
 2004
 2005
 2006
 2007
 2008
 2009
 2010
 2011
 2012
 2013
 2014
 2015
 2016
 2017
 2018
 2019
 2020
 2021
 2022
 2023
 2024
 2025
 2026
 2027
 2028
 2029
 2030
 2031
 2032
 2033
 2034
 2035
 2036
 2037
 2038
 2039
 2040
 2041
 2042
 2043
 2044
 2045
 2046
 2047
 2048
 2049
 2050
 2051
 2052
 2053
 2054
 2055
 2056
 2057
 2058
 2059
 2060
 2061
 2062
 2063
 2064
 2065
 2066
 2067
 2068
 2069
 2070
 2071
 2072
 2073
 2074
 2075
 2076
 2077
 2078
 2079
 2080
 2081
 2082
 2083
 2084
 2085
 2086
 2087
 2088
 2089
 2090
 2091
 2092
 2093
 2094
 2095
 2096
 2097
 2098
 2099
 2100
 2101
 2102
 2103
 2104
 2105
 2106
 2107
 2108
 2109
 2110
 2111
 2112
 2113
 2114
 2115
 2116
 2117
 2118
 2119
 2120
 2121
 2122
 2123
 2124
 2125
 2126
 2127
 2128
 2129
 2130
 2131
 2132
 2133
 2134
 2135
 2136
 2137
 2138
 2139
 2140
 2141
 2142
 2143
 2144
 2145
 2146
 2147
 2148
 2149
 2150
 2151
 2152
 2153
 2154
 2155
 2156
 2157
 2158
 2159
 2160
 2161
 2162
 2163
 2164
 2165
 2166
 2167
 2168
 2169
 2170
 2171
 2172
 2173
 2174
 2175
 2176
 2177
 2178
 2179
 2180
 2181
 2182
 2183
 2184
 2185
 2186
 2187
 2188
 2189
 2190
 2191
 2192
 2193
 2194
 2195
 2196
 2197
 2198
 2199
 2200
 2201
 2202
 2203
 2204
 2205
 2206
 2207
 2208
 2209
 2210
 2211
 2212
 2213
 2214
 2215
 2216
 2217
 2218
 2219
 2220
 2221
 2222
 2223
 2224
 2225
 2226
 2227
 2228
 2229
 2230
 2231
 2232
 2233
 2234
 2235
 2236
 2237
 2238
 2239
 2240
 2241
 2242
 2243
 2244
 2245
 2246
 2247
 2248
 2249
 2250
 2251
 2252
 2253
 2254
 2255
 2256
 2257
 2258
 2259
 2260
 2261
 2262
 2263
 2264
 2265
 2266
 2267
 2268
 2269
 2270
 2271
 2272
 2273
 2274
 2275
 2276
 2277
 2278
 2279
 2280
 2281
 2282
 2283
 2284
 2285
 2286
 2287
 2288
 2289
 2290
 2291
 2292
 2293
 2294
 2295
 2296
 2297
 2298
 2299
 2300
 2301
 2302
 2303
 2304
 2305
 2306
 2307
 2308
 2309
 2310
 2311
 2312
 2313
 2314
 2315
 2316
 2317
 2318
 2319
 2320
 2321
 2322
 2323
 2324
 2325
 2326
 2327
 2328
 2329
 2330
 2331
 2332
 2333
 2334
 2335
 2336
 2337
 2338
 2339
 2340
 2341
 2342
 2343
 2344

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

-1057429--ZULEIDE D SOUSA SILVA

Page 1 of 1

Data impresso: 15/02/2018

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00 Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Sexo: F

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA

Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0501

Evolução

15/02/2018

Enfermeiro(a)

Assinatura

06:09:44 JOVEM SOFREU ACIDENTE MOTO, SEGUE CONSCIENTE, DESORIENTADA, CALMA, SONOLENTA, RESPIRA AR AMBIENTE, SEM DEFICITS, APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO, SOB VIGILÂNCIA.

GESANE

Laceia Silva
57866

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Sexo: F Idade: 27 ANOS,3 MESES,27 DIAS

Anotação

15/02/2018

Técnico(a)

Assinatura

07:42:09

DESORIENTADA, SONOLENTA, CALMA - PA:110/80 TAX: 36° F.C.:55 F.R.: 0 Glicemia: 0

VALDINA

Valdina

Praça Ideifonso Ramos, S/N Bairro Manguinhos

DATA DE NASCIMENTO:

2. Aluísio de Sousa Silva

W. C. K. S. A.

P.S.

CLINICAL

NEURD

MOTIVO DA CONSULTA

Volume of acid at TCE at
alt. inc TC

Dr. César Amador Guimarães
MÉDICO
CRM 1.423(PD)

DATA

15 02 18

ASS. MEDICO

FAREDER:

H. B. Brown

Quem do Norte

151342

034

GM: $P_2 = P_0 + F \cdot L$

Отсюда

(ed. F. H. Sturges) +

L. A. PPO ©

CO(2) Nitrogen 96% non

057A

Informações Gerais

- Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SANTOS - 15/10/1990 (27 anos) Acauã, Mãe: (/pacientes/107708)
- Local: Hospital Regional Tiberio Nunes (Fichano/PI) (estabelecimento: 4/33)
- Class. Risco: Urgente

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante
Hospital Regional Jusé no Iuz (Picos/PI)

Médico Solicitante
LUIS DO E. SANTO DE CARVALHO COSTA JUNIOR

Usuário Solicitante
Usuário Padrão

Senha
20180214148313

Observação solicitante
ASS.SOCIAL KALLINE RECEBEU A SENHA

Corrêto
gência

Tipo de Leito
Neurocirurgia

Diagnóstico
Hemorragia subdura: devida a traumatismo

Descrição Clínica
Paciente vítima de acidente motociclístico, apresentando cefaleia, vômitos, desorientação e otorragia severa à direita. TC Crânio: fratura posterior na linha média do osso parietal, estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal com hemotímpano à direita, discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3cm.

Protocolo de Atendimento
Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (D > 50 g/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Glicemia (D < 500 mg/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Escala de Glasgow (D > 15 ou Não Informado): 13

Saturação de oxigênio (D > 100 % ou Não Informado): 99

Frequência respiratória (D < 80 rpm ou Não Informado): 14

Frequência cardíaca (D < 160 bpm ou Não Informado): 96

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 140X90

Observações

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
14/02/2018 19:26	corpo medico hri	Pendente	
14/02/2018 20:12	Ana Rita Gonçalves Melo	Fila de Espera	
14/02/2018 20:12	Ana Rita Gonçalves Melo	Regulada	

Informações Gerais

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SANTOS - - 19/10/1990 (27 anos), Acaulã, MÃE (pacientes/107708)
Leito:
Classificação: Urgente

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante
Hospital Regional: Justino Luz (P.ous/PI)

Médico Solicitante
LUIS DO E. SANTO DE CARVALHO COSTA JUNIOR

Usuário Solicitante
Usuário Padrão

Senha

Observação solicitante

Caráter
Urgência

do de Leito
Neurocirurgia

CIDs
Hemorragia subdural crivada e traumática

Descrição Clínica
Paciente vítima de acidente motociclístico, apresentando cefaléia, vômitos, desorientação e otorragia severa a direita. TC Crânio: fratura posterior na linha média do osso parietal, se estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal, com hemotímpano à direita; discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3cm.

Protocolo de Atendimento
Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 13

Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 99

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 14

Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não Informado): 96

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 140X90

Observações

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
14/02/2018 15:26	oc:po medico hj	Pendente	

Carimbo de Recebimento
14/02/2018
08:00:00



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184-BOMBA, PICOS/PI
Telefone: (89) 3422-1314, FAX: (89) 3422-1314
CNPJ: 06.553.564/0102-81, Email: HRJL@HRJL.PI.GOV.BR

Atendimento: E088995



EXTERNO

Coletado:

Data: 14/02/2018

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Medico(a): LUIS DO ESPIRITO SANTO DE CARVALHO COS
Convênio: SUS

Leito: Enfermaria:

Sexo: FEMININO
Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS
Impresso: 14/02/2018

HEMOGRAMA

Material: SANGUE
Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS 3,86 milhões/mm³
HEMOGLOBINA 11,3 g%
HEMATÓCRITO 33,9 %
VCM 87,82 u³
HCM 29,27 pg
HCM 33,33 %

4,5 a 5,9 milhões/mm³
12,0 a 17,5 g%
40 a 52 %
80 a 100 U³
26 a 34 pg
31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS 15,900 mm³
NEUTRÓCITOS 00 %
METAMELOCITOS 00 %
BASÓFILOS 01 %
SEGMENTADOS 87 %
BASÓFILOS 00 %
EOSINÓFILOS 01 %
LINFÓCITOS 08 %
MONÓCITOS 03 %
LINFÓCITOS ATÍPICOS 00 %
CONTAGEM GERAL 100,00

0
0
0,159
13,833
0
0,159
1,272
0,477
0

4.500 a 11.000 /mm³
0 a 1 % Até 100 /mm³
0 a 4 % Até 400 /mm³
36 a 66 % 2000 a 7500 /mm³
0 a 1 % Até 100 /mm³
0 a 4 % 100 a 400 /mm³
20 a 40 % 900 a 4400 /mm³
2 a 8 % 200 a 800 /mm³
100%

PLAQUETAS

366.000 /mm³

150.000 a 400.000 /μL

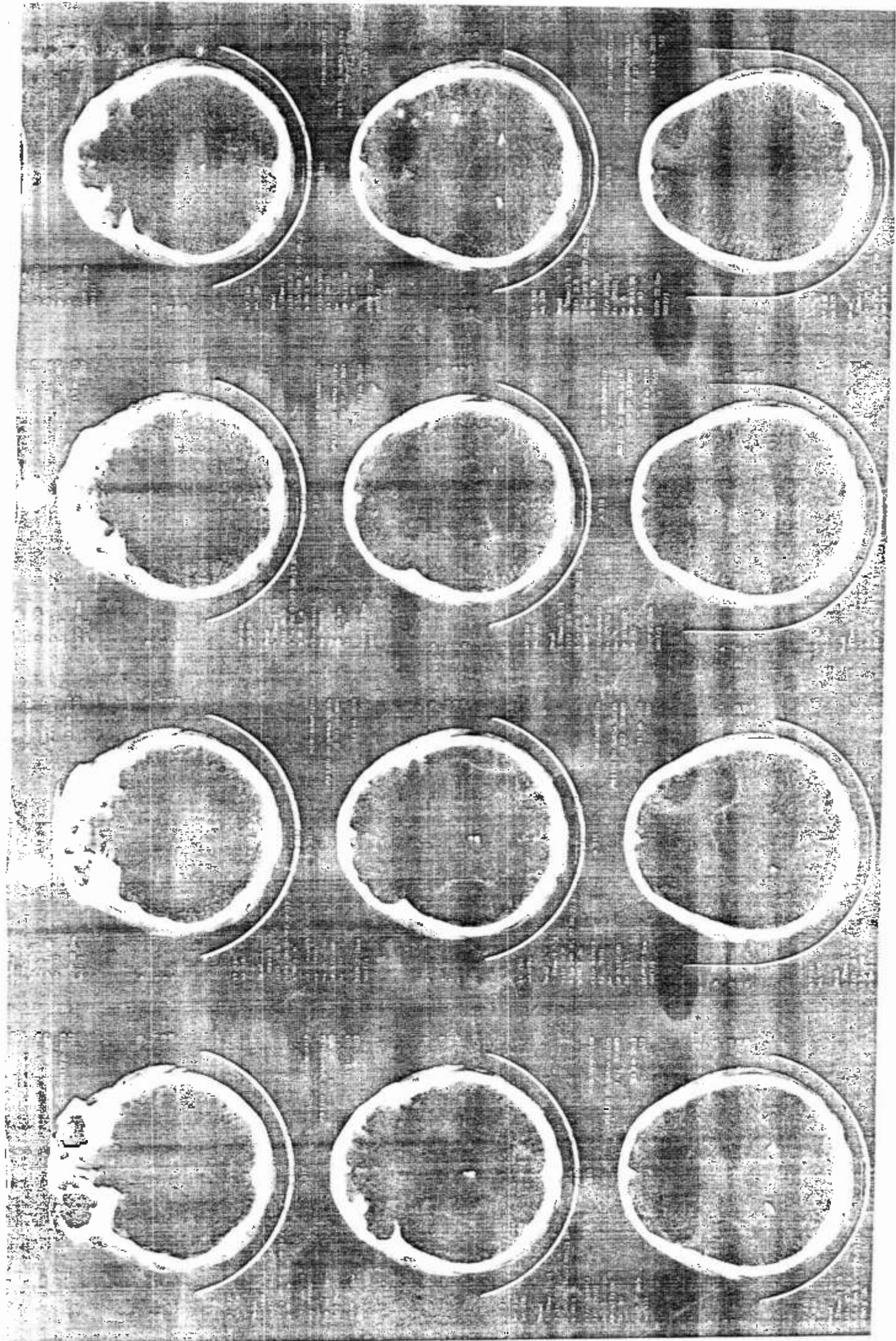
OBSERVAÇÕES

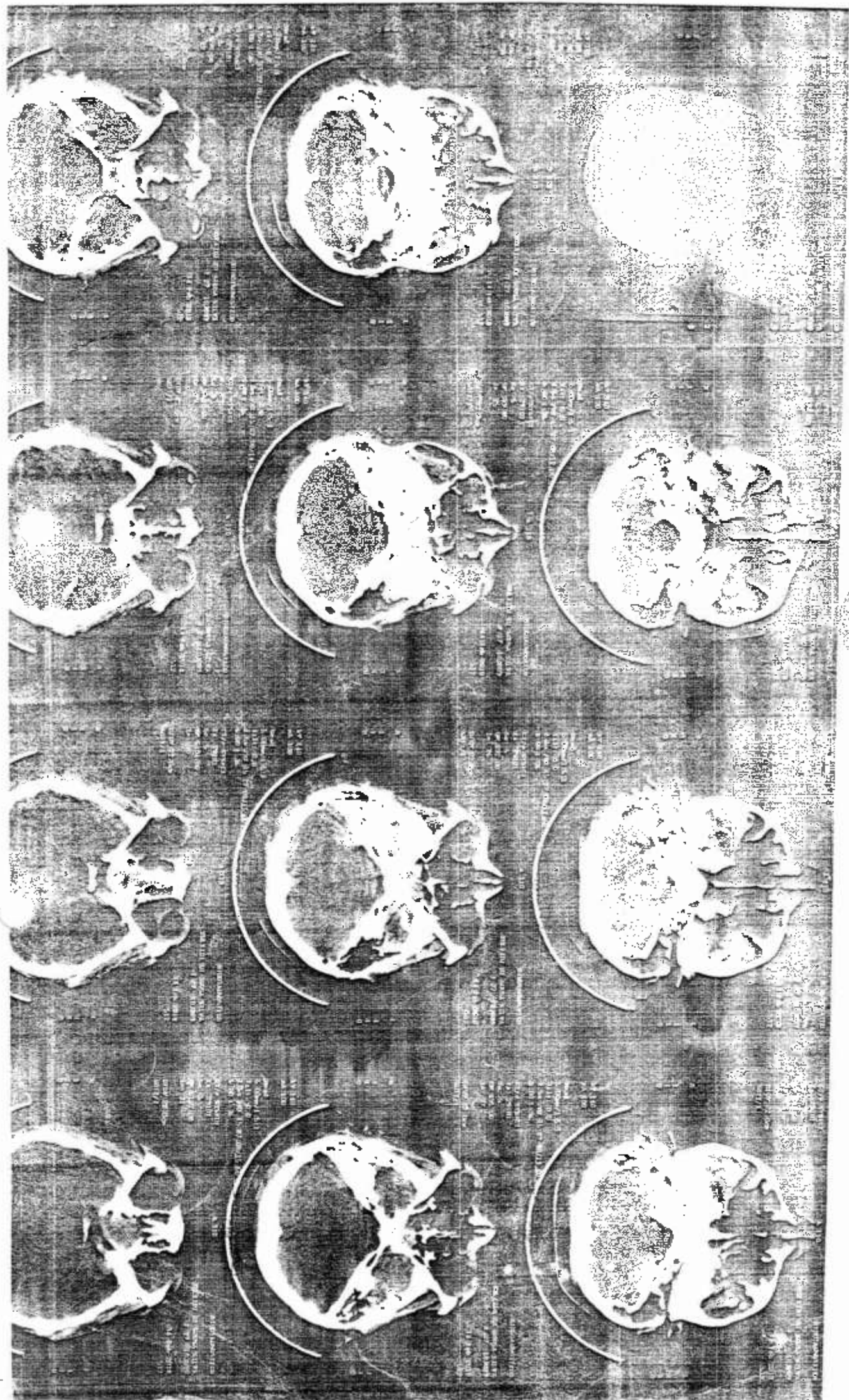
OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado: 14/02/2018 - 20:40:00
Liberado: 14/02/2018 - 21:03:28

Leucocitose
Neutrofilia Moderada

Dr. Marcelo José Albano Lima
CRM 2-5698







Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Médico:

Radiologista: PI2832

Data: 14/02/2018

AV. GETÚLIO VARGAS, 509, CENTRO

FONE: (89) 3422-1235

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Tomografia computadorizada sem contraste venoso.

Achados:

Fratura posterior na linha média do osso parietal, se estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal, com hemotímpano à direita.

Hematoma subgaleal parietal na linha média e frontotemporal direito.

Discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3 cm.

Ausência de processo expansivo neoplásico parenquimatoso, hemorragia parenquimatosa aguda, desvio das estruturas da linha média ou apagamento das cisternas da base.

Sistema ventricular típico, com morfologia e dimensões preservadas.

Conclusão:

Laudo descritivo.

Documento assinado digitalmente em 14/02/2018 por
Dr. Fábio Augusto Costa Martins

Dr Fábio Augusto Costa Martins
Médico Radiologista
CRM PI - 2823

Hospital Regional
Mariana Pires Ferreira

Fundação Municipal de Saúde

HOSPITAL REGIONAL MARIANA PIRES FERREIRA

CNPJ: 11.963.359/0001-80

GOVERNO
DO PIAUÍ

GUIA DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

PACIENTE: Enrique de Jesus Silva DATA NASC.: 1/1/1963

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

1º DESTINO: HA-JC 2º DESTINO: _____HDA: Positiva Lúpus ao E3 Após Sujeito quando
deitado, estava em capota, piores episódios de
intoxicação e dor articular. Faz uso de medicação
para dor, mas não sabe informar qual a dose.Atenção: ECG, hemograma, dosagem de uréia e creatinina,
proteínas, glicose, colesterol, triglicéridos.Prontidão para alta em UTI, com Flutuação deMOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: intoxicação no uso deHA-JCProva de TCE - Paciente incapaz de TC de Voz
capacidade de raciocínio e compreensãoHA-140/90 mmHgTERAPÊUTICA REALIZADA: 1) Sal 200 mg, w2) Dexametasona 1 mg, 120, w3) Dipirona 120 mg, 120, wHA-JCDATA: 19/06/18

MÉDICO: _____

TÉC. DE ENFERMAGEM: _____

MOTORISTA: _____

AMBULÂNCIA: _____

22/27

Hospital Regional Justina Luz

CONFERE COM O ORIGINAL

Data: 19/06/18

Fundação

ASSINATURA E CARIMBO

ASS. E CARIMBO



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 4601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0503372

Registro: 385035

Data: 14/02/2018

Hora: 14:05:00

Funcionário: KLEBIA

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 73

SUS

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Nasc.: 19/10/1990 Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS Profissão: LAVRADOR

Civil:

CEP: 64748-000

End.: SEBASTIAO VITORIA, 0 -

Bairro: CENTRO

Cidade: ACAUA/PI

Cor: PARDA Telefone: (89) 9940-46308

Mãe: MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA Pai: SIMIAO BENTO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: AMB ACAUA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: 14:19:49

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 14:19:49

Prioridade:

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

Queixa/História: PACIENTE APRESENTA OTORRAGIA + DESORIENTAÇÃO + HEMATEMESE PÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA (SIC)

Alergias: NEGA

Medicação Usual: NDN

PA: 140/90 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHAMENTO EM ANEXO

Condulta: AO CLINICO

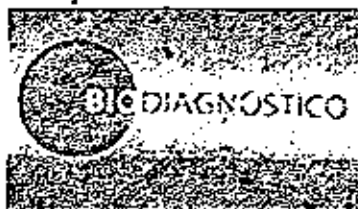
Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia ☐ Destino:

Hora:

ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Paciente ou Responsável

6801 - JOSE MARIA DE ARAUJO FILHO
Médico Responsável



Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Médico:

Radiologista: PI2832

Data: 14/02/2018

AV. GETÚLIO VARGAS, 509, CENTRO

FONE: (89) 3422-1235

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Tomografia computadorizada sem contraste venoso.

Achados:

Fratura posterior na linha média do osso parietal, se estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal, com hemotímpano à direita.

Hematoma subgaleal parietal na linha média e frontotemporal direito.

Discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3 cm.

Ausência de processo expansivo neoplásico parenquimatoso, hemorragia parenquimatosa aguda, desvio das estruturas da linha média ou apagamento das cisternas da base.

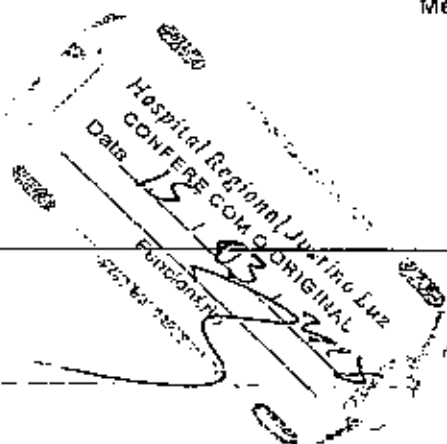
Sistema ventricular tóxico, com morfologia e dimensões preservadas.

Conclusão:

Laudo descritivo.

Documento assinado digitalmente em 14/02/2018 por:
Dr. Fábio Augusto Costa Martins

Dr Fábio Augusto Costa Martins
Médico Radiologista
CRM PI - 2823





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184-BOMBA, PICOS/PI

Telefone: (89) 3422-1314, FAX: (89) 3422-1314

CNPJ: 06.553.564/0102-81, Email: HRJL@HRJL.PI.GOV.BR

Atendimento: E088995

Coletado:

Data: 14/02/2018

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Sexo: FEMININO

Médico(a): LUIS DO ESPIRITO SANTO DE CARVALHO COS

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS

Convênio: SUS

Leito: Enfermaria:

Impresso: 14/02/2018

HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,86 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	11,3 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	33,9 %	40 a 52 %
VCM	87,82 u ³	80 a 100 u ³
HCM	29,27 pg	26 a 34 pg
CHCM	33,33 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	15,900 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIELÓCITOS	00 %	0
METAMIELÓCITOS	00 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
EASTONETES	01 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
SEGMENTADOS	87 %	35 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
BASÓFILOS	00 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
EOSINÓFILOS	01 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
LINFÓCITOS	08 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
MONÓCITOS	03 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	00 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	366.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado: 14/02/2018 - 20:40:00

Liberado: 14/02/2018 - 21:03:28

Leucocitose discreta
Neutrofilia moderada

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 15/02/2018
Funcionário: Marcello José Albano Lima
CRB 2-5896

5696-MARCELLO JOSE ALBANO LIMA

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Sexo: FEM
Convênio: LAB CAD
Solicitante: Dr. SEM SOLICITAÇÃO
Idade: 27 anos
Código: 050813.01
Data: 10/05/2018 16:40:00

NEOIMAGEM
MA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS MASTÓIDES

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados axiais foram adquiridos com 1,0 mm de espessura em série única.

ACHADOS:

Solução de continuidade que sugere traço de fratura longitudinal na mastoide direita, sem desalinhamento ósseo.

Os meatos acústicos externos têm dimensões normais.

Obliteração parcial de algumas células da mastoide direita por provável conteúdo líquido.

Pneumatização e aeração normal das células da mastoide esquerda e cavidades timpânicas bilateralmente.

As cadeias ossiculares, janelas redondas e ovais com aspecto tomográfico normal.

Cócleas, vestíbulos, canais semicirculares, aquedutos vestibulares e cocleares com aspecto tomográfico normal.

Os condutos auditivos internos têm morfologia e dimensão normais, com cristas falciformes integras.

CONCLUSÃO:

Sinais de fratura longitudinal na mastoide direita, sem desalinhamento ósseo importante.

Obliteração parcial de algumas células da mastoide direita, de provável natureza inflamatória.

DR. LEONARDO AUGUSTO COSTA MARTINS
CRM 3050

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2 OFÍCIO NOTAS

PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELIAR

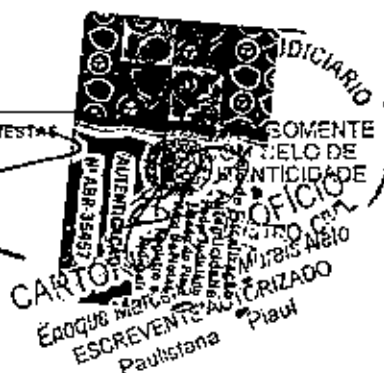
CPF: 123.057.000-11 - CNJ: 07.527-4

AVENIDA MIGUEL ARCANJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 152 - PAULISTANA - PI

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS EM TEST. DATA VERDADE, DOU.FÉ. PAULISTANA, 22/10/2018 16:13:46

ENOCHE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE

Emoi: 2,39 TJ: 0,48 Selo: 0,26 Total: 2,13



Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Sexo: FEM
Convênio: LAB CAD
Solicitante: Dr. SEM SOLICITAÇÃO
Idade: 27 anos
Código: 050813.01
Data: 10/05/2018 16:40:00

NEOIMAGEM
MA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados axiais foram adquiridos com 1,0 mm de espessura, possibilitando a obtenção de reformatações multiplanares.

ACHADOS:

Desvio do septo nasal para a direita.

Tênue espessamento mucoso nos seios maxilares e esfenoidal direito.

Seios frontais, esfenoidal esquerdo e células etmoidais com transparência normal.

Unidades ostiomeatais, recessos frontais e eseno-etmoidais púrvios.

Sinais de osteíte reativa nas paredes do seio esfenoidal direito.

Como variações anatômicas assinalamos expansão basilar do seio esfenoidal direito, pneumatização dos processos pterigóides do esenoide bilateralmente.

CONCLUSÃO:

Desvio do septo nasal para a direita.

Espessamento mucoso nos seios maxilares.

Sinais de sinusopatia inflamatória crônica / fúngica esfenoidal direita.

DR. LEONARDO AUGUSTO COSTA MARTINS
CRM 3050

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELA
CARTU. DE 134 0576001-05 - C.N.S. 07.957-4
AVENIDA MIGUEL ARCANJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 102, PAULISTANA
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS
NOTAS
EM TEST. DA VERDADE DOU.FE. PAULISTANA, 22/05/2018 16:13:46

ENOQUE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE
Emol. 2,38 T.J. 0,48 Sel. 0,26 Total: 3,12

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Enoque Marcelino de Moraes Neto
ESCRIVENTE AUTORIZADO
Paulistana Piauí

ROMA ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DATA: 10/05/2018

IDADE 27 anos

DATA DE NASCIMENTO: 19/10/1990

MÉDICO SOLICITANTE: JOSIONE REGO FERREIRA

ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE

ESTUDO DA NEUROCONDUÇÃO

Avaliação do potencial de ação motor

Foram avaliados os nervos facial direito e esquerdo, com captação aos músculos orbicular dos olhos e nasal.

Foi observada redução das amplitudes à direita.

A latência e a amplitude dos demais potenciais motores avaliados foram normais.

Teste do BlinkReflex (Arco Trigêmeo- Facial)

Foram avaliadas as vias aferentes e eferentes bilateralmente.

Os componentes R1 e R2 apresentaram respostas abolidas quando captados à direita.

ELETROMIOGRAFIA

O estudo eletromiográfico com agulha monopolar foi realizado, bilateralmente, nos músculos orbicular dos olhos, orbicular da boca e nasal.

Foram observados potenciais de ação polifásicos com recrutamento neurogênico e incompleto à direita.

A análise do repouso muscular, recrutamento, a ativação e morfologia das unidades motoras foram normais nos demais músculos avaliados.

CONCLUSÃO

Eletroneuromiografia de face com alterações compatíveis com um mononeuropatia periférica de padrão axonal acometendo o nervo facial direito.

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS
PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELIÃ
CNPJ: 06.734.057/0001-09 - CNES: 07.9574
AVENIDA NUNEL ARCANJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 162, PAULISTANA - PAUL
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONCORDA COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS
NOTAS
EM TEST. *[Assinatura]* DA VERDADE. DOU FÉ. PAULISTANA, 23/10/2018 15:13:46
ENOQUE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE
Emol. 2,39 T.J. 0,48 Sel. 0,26 Tot. 3,13



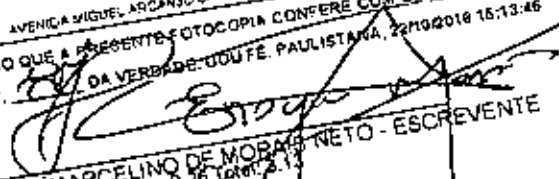
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Enoque Marcelino de Moraes Neto
ESCRIVENTE AUTORIZADO
Paulistana - Piauí


Dr. Frederico Prado
Neurologista
Neurofisiologia Clínica
CRM-PA 4096

Dr. Frederico Maia Prado

CRM 4096

A eletroneuromiografia é um exame complementar e seus dados devem ser avaliados conjuntamente com dados clínicos e laboratoriais

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS
PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELA
CNPJ: 06.734.057/0001-09 - QNS 07.951-4
AVENIDA MIGUEL ARCANJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 153, PAULISTANA - PIAUÍ
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS
NOTAS
EM TEST. 
DA VERDADE: UOJFE, PAULISTANA, 22/10/2018 15:13:46
ENOQUE MARCELINO DE MORAES NETO - ESCRIVENTE
Emol. 2,35 IJ: 0,48 Selo: 0,26 Total: 3,13

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Enoque Marcelino de Moraes Neto
ESCRIVENTE AUTORIZADO
Paulistana Piau



Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA, 27 anos

Data: quinta-feira, 10 de maio de 2018

Médico: Dr. Josione Rego Ferreira

VC motora

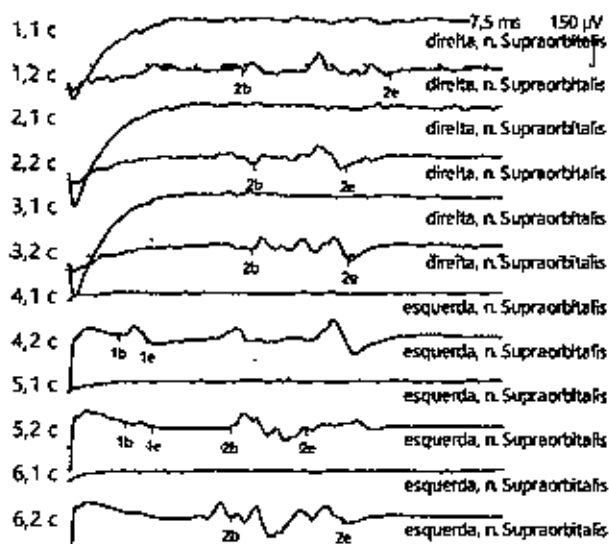
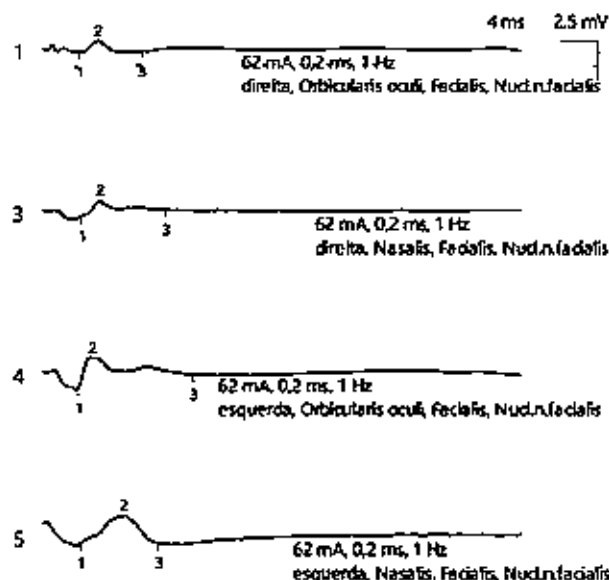
Teste	Pto. estim.	Lat. ms	Ampl. mV	Dur. ms	Área. mV×ms	Estim. mA	Estim. ms	Dist. mm	Tempo. ms	Vel. m/s
direita, Orbicularis oculi, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	Thragus	3,7	0,7	6,44	1,1	62	0,2			
direita, Nasalis, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	1	4,0	0,9	8,66	4,1	62	0,2			
esquerda, Orbicularis oculi, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	1	3,6	1,9	12,0	14,3	62	0,2			
esquerda, Nasalis, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	1	3,8	1,7	8,08	6,7	62	0,2			

Todas curvas

N	Lat. R1, ms	Dur. R1, ms	Ampl. R1, µV	Lat. R2, ms	Dur. R2, ms	Ampl. R2, µV	Lado estim.	Lado capt.	Estim. mA	Estim. ms
1,2 c				40,3	33,9	92,1	direita	esquerda/c	22	0,1
2,2 c				43,3	20,9	88,5	direita	esquerda/c	25	0,1
3,2 c				42,3	22,6	96,6	direita	esquerda/c	25	0,1
4,2 c	11,8	6,2	62,0				esquerda	esquerda/i	24	0,1
5,2 c	13,1	6,0	19,9	37,4	17,2	87,0	esquerda	esquerda/i	24	0,1
6,2 c				37,2	25,7	139	esquerda	esquerda/i	24	0,1

Reflexo de piscamento

Lado est.	direita				esquerda			
Lado capt.	direita/i		esquerda/c		direita/c		esquerda/i	
Onda	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Lat. ms				40,3			11,8	37,2



PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS

PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELA

CNPJ - 07.34.057/0001-03 - CNA - 07.051-4

AVENIDA MIGUEL ARCANJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 112, PAULISTANA - PAU/

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS EM TEST. DA VERDADE, DOU FE, PAULISTANA, 22/10/2018, 15:13:45

ENQUE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE

Emol. 2,39 T.J. 0,48 Selo. 0,26 Total: 3,13



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Escrivente Marcelino de Moraes Neto
ESCRIVENTE AUTORIZADO
Paulistana - PAU/

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
3365146
4 - CNES
3365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ZULEIDE D SOUSA SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700002541391107
10 - NOME DA MÃE
MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA
12 - ENDEREÇO
LESTE BRASILEIRA, D.
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ACAUÁ

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/10/1990

Masc

1

Fem X 2

11 - TELEFONE DE CONTATO

(49) 3940-35947

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2200053

15 - UF

PI

16 - CEP

64748-000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

164561

SEXO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de peso
TCC
FMT. PO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

TCC

0303040084

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

TCC

S068 V294

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCC

21 - CID PRINCIPAL

S068

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TCC

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

NEUROCIRURGIA

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

834.443.123.003

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

15/02/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO SILHETE

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - ACIDENTE TRAB. TÍPICO

41 - ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ORÇÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

M22039091

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

62780

() CNS (x) CPF

078.977.625-67

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

221 810 101 7706

Atendimento:	1057429
Data:	15/02/2018
Hora:	3:40

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0
FLORIANO/PI

BOLETIM DE ADMISSÃO

164561 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 19/10/1990 - 27 ANOS.3 MESES.27 DIAS

Clinica: NEUROCIRURGIA Enfermaria: N05- NEUROCIRURGIA Leito: N0501 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

CPF: RG: 62.350.040-1 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: LESTE BRASILEIRA, N° 0 - CEP: 64748-000

Bairro:

Cidade: 2200053- ACAUA/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai: SIMIAO BENTO DA SILVA

Mãe: MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA - () -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Local de Acompanhante:

☐ Sim

☐ Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

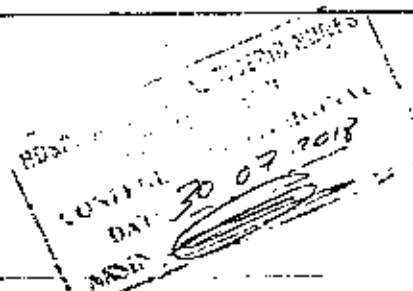
+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável



HOSPITAL TIBERIO NUNES

ICE

PRÉ-JORNADA MÉDICA

NOTES:

ZULEIDE SOOZA

DATADORA
CÓDIGO

FISIOTERAPIA E MEDICINA

PROSTUJARIO
CLINICA
NEUROLICIKURGIA
HONARIO

INF. ou ALT.	LEITO	MEDICO ASSIST.
203		

OBSERVAÇÕES

203
OBSERVACÕES

Yes GM

IS/Ce/1.2

1 - Diela	545207
-----------	--------

2- SF₆, 9% 1500 mJ EV 24 h

KCl 10% 5 ml por soro

13 - Fenitofna 2ml + 8ml AD EY 8/8 horas

4 - Dipirona 2 ml EV 6/6 horas

5 - Piasil 1 ampola EV S/N

16 - Ranitidina 50mg EV 8/8 horas

7 - Tili 20mg 15V 12/12 horas

8 - Dimorf 1,0ML +9,0ML DE ÁGUA DESTILADA
(FAZER 3,0ML EV 5/N) Até

9-Halidol 10 mg EV S/N

10 - Tyrex 30mg VO S/N

11 - Tramadol 100mg + SF 0.9% 100ml EV S/N

112-SSVV + CCGG + Cabeceira elevada 30° / Tax 4 4 4 4 4 4 4 4

13-FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA

30.07.2017

HOSPITAL REGIONAL TURÍERIO ALUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUEINHA
64800-000, FLORIANO/PI
CNPJ: 06.553.564/0103-62
TELEFONE: (89) 3522-1489

Impresso: 18/02/2018 - 11:03:57
Página: 1/1

PACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA

ENFERMAGEM: N05-NEUROCIRURGIA LEITO: N0502 ADMISSÃO: 15/02/2018 DIAS INTERNADO: 3 27 ANOS 3 MESES 27 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/02/2018 - 11:03:34

Evolução Médica

11:03:28 BOM ESTADO GERAL

ECG JS

CEFALEIA

CDIC CONTROLÉ

DIETA BRANDA

DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1G

FENTONINA SODICA 100 MG

TRAMADOL (CLORIDRATO) 50MG/ML - AMP 2ML

DEICO SALINIZADO

1.00 AMP IV
1.00 COM ORAL
1.00 AMP IV

06/08H
08/08H
08/08H

DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9 %

EXAME: TC Crânio (cutr)
DATA/HORA: 18/02/18
ASS: TECNOLÓGICO

18/02/2018 11:03:57
SISTEMA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO
HOSPITAL REGIONAL TURÍERIO ALUNES

4083 - JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Page 1 of 1
Data Impresso: 18/02/2018

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00
Sexo: F Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0203

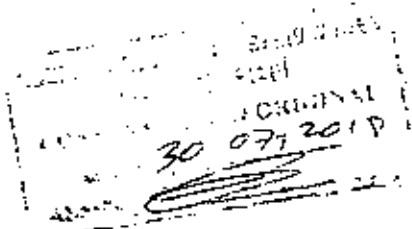
Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

18/02/2018

10:00:00	SEGUE CONSCIENTE, DESORIENTADO, FASICO, INQUIETA, RESPIRANDO AR AMBIENTE. ACENTA DIETA OFERECIDA, SONO E REPOUSO SATISFATORIO. QUEIXA-SE DE CEFALÉIA INTENSA, MEDICADA CPM.	EDINALVA	Edinalva Nogueira Virgulino Enfermeira COREN-PI 312.518
16:00:00	REALIZADO TC CONFORME SOLICITAÇÃO.	EDINALVA	Edinalva Nogueira Virgulino Enfermeira COREN-PI 312.518



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
 Hospital Regional "Tibério Nunes"
 Telefone: 0xx89 3522-1323 Telefax: 0xx89 3522-1323
 Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

Nome:

Zuleika de Souza

End:

Leito

203

Data:

18/02/18

EVOLUÇÃO MÚLTI PROFISSIONAL

As 12h do dia 18/02, Sra. Zuleika de Souza, 35 anos, com queixa de

respiração curta, com episódios de tosse seca.

Relata que os sintomas começaram há alguns dias.

Relata que não tem histórico de doenças crônicas.

Relata que não toma medicamentos atualmente.

Relata que não tem contato com pessoas doentes.

Relata que não tem contato com animais domésticos.

Relata que não tem contato com ambientes fechados.

Relata que não tem contato com ambientes úmidos.

Relata que não tem contato com ambientes com ar condicionado.

Relata que não tem contato com ambientes com ventilação natural.

Relata que não tem contato com ambientes com umidade relativa do ar.

Relata que não tem contato com ambientes com temperatura ambiente.

Relata que não tem contato com ambientes com umidade relativa do ar.

Relata que não tem contato com ambientes com temperatura ambiente.

Relata que não tem contato com ambientes com umidade relativa do ar.

Relata que não tem contato com ambientes com temperatura ambiente.

Relata que não tem contato com ambientes com umidade relativa do ar.

Relata que não tem contato com ambientes com temperatura ambiente.

Relata que não tem contato com ambientes com umidade relativa do ar.

Relata que não tem contato com ambientes com temperatura ambiente.

Relata que não tem contato com ambientes com umidade relativa do ar.

Relata que não tem contato com ambientes com temperatura ambiente.

Relata que não tem contato com ambientes com umidade relativa do ar.

Relata que não tem contato com ambientes com temperatura ambiente.

Relata que não tem contato com ambientes com umidade relativa do ar.

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO MUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, O - MANGUEINHA
64800-000, FLORIANO/PI
CNPJ: 06.553.564/0103-62
TELEFONE: (89) 3522-1489

ACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA

27 ANOS 3 MESES, 27 DIAS

INFERMARIA: N05-NEUROCIRURGIA LEITO: N0502 ADMISSÃO: 15/02/2018

DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

7/02/2018 - 18:24:37

Evolução Médica

18:24:28 TCE
ECG 15
SEM DEF CITS NEUROLÓGICOS FOCAIS
CEFALEIA LEVE
C/D ANAGÉSIA
TC CONTROLE AMANHÃ

DIETA BRANDA

DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1G

1,00 AMP IV

06/06H

*1,00 AMP IV
06/06H
08/08H
DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9 %*

FENITIDINA 500MG 100 MG

1,00 COM ORAL

08/08H

TRAMADOL (CLORIDRATO) 50MG/ML - AMP 2ML

1,00 AMP IV

08/08H

*1,00 AMP IV
08/08H
DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9 %*

SELCO SALINIZADO

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
 Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
 Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

Nome:

Fabiane de Sousa Silva

End:

Leito 502 Data: 17/02/18

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

As 16:05 paciente evoluiu com sinais vitais estáveis, ECG 15
 apresentando melhorias na frequência cardíaca e D. hemodinâmica
 com nível de saturação de O₂ melhor e repouso mantido.
 exames de laboratório: glicemia 120mg/dL, Hb 12g/dL.
 As 18:05 equipe de enfermagem, fisioterapia e nutrição.

PREScrição Médica

16/02/2018 - 10:28:07

Evolução Médica

10:27:48

THE LEVEE

EXMASTOIDEU

FX NO. 1

GLASGOW 14

CD: OBSESSIVA

CHIETA BRAND

SDRD FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML

DIPYRIDA 500MG/ML AMP 2ML - 15

FENITRINA SOLIDA 100 MG

DECADIRON 4MG IV 06/06H

$$S_{VV} = \{TAX, P, R, PA, Z, FC\}$$

~~timed~~

Song IV 08108h 2-~~7p~~

* 1/6 Song

Dr. Stolte-Zerra

REF: 010-44.833-70
MEURCIRU91A

5518 - ELTON FORTHEIA SANTOS BEZERRA

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
 Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
 Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangunha

Nome: Juliete de Souza Silva

End.: _____
 Leito 504 Data: 17/09/10

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

Até hoje, com o tratamento, a paciente apresenta
 do de delírio, por tipo funcional. 550g, PA: 100/60
 mmHg, TA: 36°C, P: 68 bpm. — Inicial 57°C.
 18h 550g, PA: 110/70 mmHg, TA: 36°C, P: 65 bpm.
 Não há mudanças na auscultação. — Inicial 57°C.
 Na 24h, paciente continua apresentando
 com alguns episódios de 20x20 mmHg, 37,3°C.
 Inicial 57°C. — 1 — 605540
 O ECG apresenta: 200 em 100x50
 550g, TA: 36°C, P: 68 bpm. — Inicial 57°C.
 18h 550g, PA: 110/70 mmHg, TA: 36°C, P: 65 bpm.
 Não há mudanças na auscultação. — Inicial 57°C.
 Na 24h, paciente continua apresentando
 com alguns episódios de 20x20 mmHg, 37,3°C.
 Inicial 57°C. — 1 — 605540
 O ECG apresenta: 200 em 100x50
 550g, TA: 36°C, P: 68 bpm. — Inicial 57°C.
 18h 550g, PA: 110/70 mmHg, TA: 36°C, P: 65 bpm.
 Não há mudanças na auscultação. — Inicial 57°C.
 Na 24h, paciente continua apresentando
 com alguns episódios de 20x20 mmHg, 37,3°C.
 Inicial 57°C. — 1 — 605540
 O ECG apresenta: 200 em 100x50
 550g, TA: 36°C, P: 68 bpm. — Inicial 57°C.
 18h 550g, PA: 110/70 mmHg, TA: 36°C, P: 65 bpm.
 Não há mudanças na auscultação. — Inicial 57°C.
 Na 24h, paciente continua apresentando
 com alguns episódios de 20x20 mmHg, 37,3°C.
 Inicial 57°C. — 1 — 605540
 O ECG apresenta: 200 em 100x50

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00 Sexo: F Idade: 27 ANOS,3 MESES,27 DIAS
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Page 1 of 1
Data impresso: 16/02/2018

Anotação

16/02/2018

Técnico(a)

Assinatura

16:06:52	PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS. - PA.110/66 TAX: 37° F.C.: 58 F.R.: 0 Glicemia: 0	IANARA	IANARA D. S. SILVA Técnica de Enfermagem COREN 1167971
19:16:44	SEGUE REFERINDO CEFALÉIA, MEDICADA CONFORME PRESCRITO. - PA.124/77 TAX: 36° F.C.: 57 F.R.: 0 Glicemia: 0	IANARA	IANARA D. S. SILVA Técnica de Enfermagem COREN 1167971

Obs. PA - 103x57 mmHg; P - 53 bpm;
Técnica de Enfermagem
COREN 1167971

5618 - ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D. SOUSA SILVA

Data impresso: 16/02/2018

Page 1 of 1

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00 Sexo: F Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Anotação

16/02/2018

02:15:08 PACIENTE CALMA, SONOLENTA SEM QUEIXAS ALGICAS - PA:11/70 TAX: 37° F.C.:81 F.R.:0 Glicemia: 0

JOSELIAS

Técnico(a)

Assinatura



DA E.C.O.M. - 400x60 mm eq. Tax 36,1°C - 100mm 65. Toux - 100ml

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Page 1 of 1
Data impresso: 15/02/2018

Data da Internação: 15/02/2018 - 03:40:00 - Sexo: F - Idade: 27-ANOS-3-MESES-27-DIAS
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

10:00:00	SEGUIE SONOLENTA, ORIENTADO, PASICO, COOPERATIVO, AVP EM MSE, HIGIENIZADO, REFERE CEFALIA E OTORRAGIA D.	EDINALVA	Edinalva Nogueira Virgulino Enfermeira COREN-PI 312.518
----------	--	----------	---

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data impresso: 15/02/2018
 Page 1 of 1

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00
 Sexo: F Idade: 27 ANOS,3 MESES,27 DIAS
 Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
 Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Anotação
 15/02/2018

		MARILUCIA	MARILUCIA Médica Enfermeira Régua de Enfermagem COLIGADA L. 1381/2003
3:00:00	PACIENTE CALMA, UM POUCO SONOLENTA, SEM QUEIXAS ALGIAS NO MOMENTO - PA:111/60 TAX: 37º F.C.:89 F.R.: 19 Glicemia: 0		
2:00:00	PACIENTE CALMA, SONOLENTA, ORIENTADA, SEM ALTERAÇÕES ATE O MOMENTO - PA:111/70 TAX: 37º F.C.:90 F.R.: 0 Glicemia: 0	MARILUCIA	Médica Enfermeira Régua de Enfermagem COLIGADA L. 1381/2003

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429-ZULEIDE D-SOUSA-SILVA

Data impresso: 15/02/2018

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00

Sexo: F

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA

Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0501

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

15/02/2018

06:09:44

JOVEM SOFREU ACIDENTE MOTO, SEGUE CONSCIENTE, DESORIENTADA, CALMA, SONOLENTA, RESPIRA AR AMBIENTE, SEM DEFICITS, APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO, SOB VIGILANCIA.

GESANE

[Assinatura]
5/1/18

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D-SOUSA-SILVA

Page 1 of 1

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00

Sexo: F

Idade: 27 ANOS,3 MESES,27 DIAS

Data impresso: 15/02/2018

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA

Clinica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Anotação

15/02/2018

Técnico(a)

Assinatura

07:42:09

DESORIENTADA; SONOLENTE, CALMA - PA:110/80 TAX:36º F.C.:56 F.R.:0 Glicemia:0

VALDINA

Valdina

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89-3522-4333 - Telefax: 0xx89-3522-1323

Prça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueiras

REQUISIÇÃO DE PARECER

DATA DE NASCIMENTO

NOME

Zulmaide de Sousa Silva

CLÍNICA

P5

CLÍNICA

NEURO

MOTIVO DA CONSULTA

Verificação de alteração de TCE
act: me TC

Dr. César Augusto Guimarães

MÉDICO

CRM 1.423(PJ)

ASS. MÉDICO

PARECER

1/1/2008

15/01/08

018

Clín. P2 = P2 = TC

OTOMIA @

15/1/2008 @ 1

1. P20 @

CO @ 1/1/2008 por me

CO @ 1/1/2008 por me

Informações Gerais

Paciente: ZUREDE DE SOUSA SANTOS -- 13/01/1990 (27 anos), Acasa, Mãe: (pacientes/10708)
Leito: Hospital Regional Tibério Nunes (Florianópolis) (atendimento/33)
Classe: Misco: Urgente

❖ VISÃO GERAL

Estab. Solicitante: Hospital Regional Juscelino Kubitschek (Picos/PI)

Médico Solicitante: LUIS DO E. SANTOS DE CARVALHO COSTA JUNIOR

Usuário Solicitante: Usuário Padrão

Senha: 20180214148313

Observação adicional: ASSESSOR SOCIAL KALINE RECEBEU A SENHA

Caráter: Urgência

Tipo de Leito: Neurocirurgia

CID: Hemorragia subdural devido a traumatismo

Descrição Clínica

Paciente vítima de acidente motociclistico, apresentando cefaleia, vômitos, desorientação e alteração de nível de consciência. Paciente apresentando na tomografia computadorizada (TAC) fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orelha longitudinal, com hematomas subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3cm.

Protocolo de Atendimento: Assistência Ventilatória: Não necessária

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Citocoma (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Diurese de 24 horas (0 a 15 ou Não Informado): 13

Saturação de oxigênio (9 a 100 % ou Não Informado): 99

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 14

Frequência cardíaca (60 a 180 bpm ou Não Informado): 98

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 140X90

Observações

Atualizações no Fluxo

Data

14/02/2018 13:23

corpo medico hrj

Usuário

Status

Pendente

Fila de espera

Regulada

14/02/2018 20:12

Ana Rita Gonçalves Melo

Ana Rita Gonçalves Melo

Motivo

Informações Gerais

1. Paciente: ZULIDE DE SOUSA SANTOS - 19/10/1990 (27 anos), Acad. Mãe: (pacientes/107708)

2. Leito: 1
3. Class. Risco: Urgente

2. VISÃO GERAL

3. EVOLUÇÃO

Exatb. Solicitante

Hospital Regional Juscelino Luz (Plebs/PI)

Médico Solicitante

LUIS DO E SANTO DE CARVALHO COSTA JUNIOR

Usuário Solicitante

Usuário Padrão

Senha

Observação solicitante

Caráter

Urgência

Local de Leito

Assistência

CID

Hemorragia subdural devida a traumatismo

Descrição Clínica

Paciente vítima de acidente motorciclístico, apresentando contusão e fratura na lateral direita e fratura na lateral esquerda, com espessura de 0,3cm. Paciente com hemiparesia à direita, discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3cm.

Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessária

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não informado): NÃO INFORMADO

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não informado): NÃO INFORMADO

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não informado): 13

Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não informado): 99

Frequência respiratória (0 a 50 rpm ou Não informado): 14

Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não informado): 56

Pressão arterial (em mmHg ou Não informado): 140X50

Observações

Atualizações no Fluxo

Data

14/02/2018 19:26

Usuário

Status

Motivo

Pendente

corpo médico(h)

Unidade: 00000000
Módulo: 00000000
Data: 14/02/2018



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRAÇA ANTONOR NEIVA, 184-BOMBA, PICOS/PI
Telefone: (89) 3422-1314, FAX: (89) 3422-1314
CNPJ: 06.553.564/0102-81, Email: HRL@HRL.PI.GOV.BR

Atendimento: E086595

EXTERNO

Coletado:

Data: 14/02/2018

Paciente:

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Médico(a):

LUIS DO ESPIRITO SANTO DE CARVALHO COS

Convênio:

SUS

Leito: Enfermaria:

Impresso:

14/02/2018

Idade:

27 ANOS, 3 MESES, 28 DIAS

Sexo:

FEMININO

HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

3,86 milhões/mm³

4,5 a 5,9 milhões/mm³

HEMOGLOBINA

11,3 g%

12,0 a 17,5 g%

HEMATÓCRITO

33,9 %

40 a 52 %

VCMI

87,82 u³

80 a 100 u³

HCM

29,27 pg

28 a 34 pg

ICM

33,33 %

31 a 36 %

ULCERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

15,900/mm³

4.500 a 11.000/mm³

MIELÓCITOS

00 %

0

METAMIELOCITOS

00 %

0

BASTONETES

01 %

0,159

SEGMENTADOS

87 %

13,833

BASÓFILOS

00 %

0

EOSINÓFILOS

01 %

0,159

LINFÓCITOS

08 %

1,272

MONÓCITOS

03 %

0,477

LINFÓCITOS ATÍPICOS

00 %

0

CONTAGEM GERAL

100,00

100%

PLAQUETAS

366.000 /mm³

150.000 a 400.000 /uL

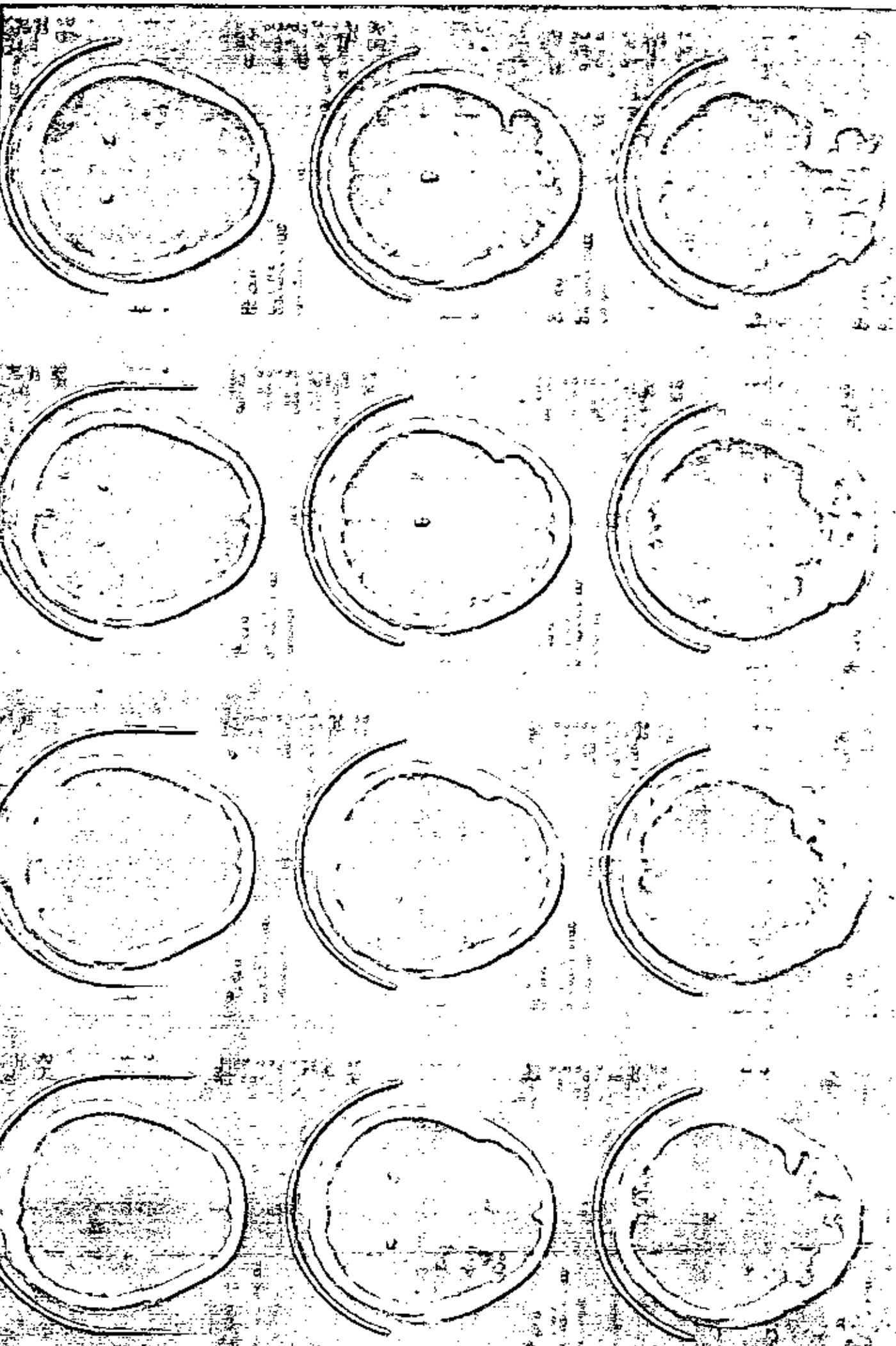
OBSERVAÇÕES
OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado: 14/02/2018 - 20:40:00
Liberado: 14/02/2018 - 21:03:28

Novato 10
Módulo 9A

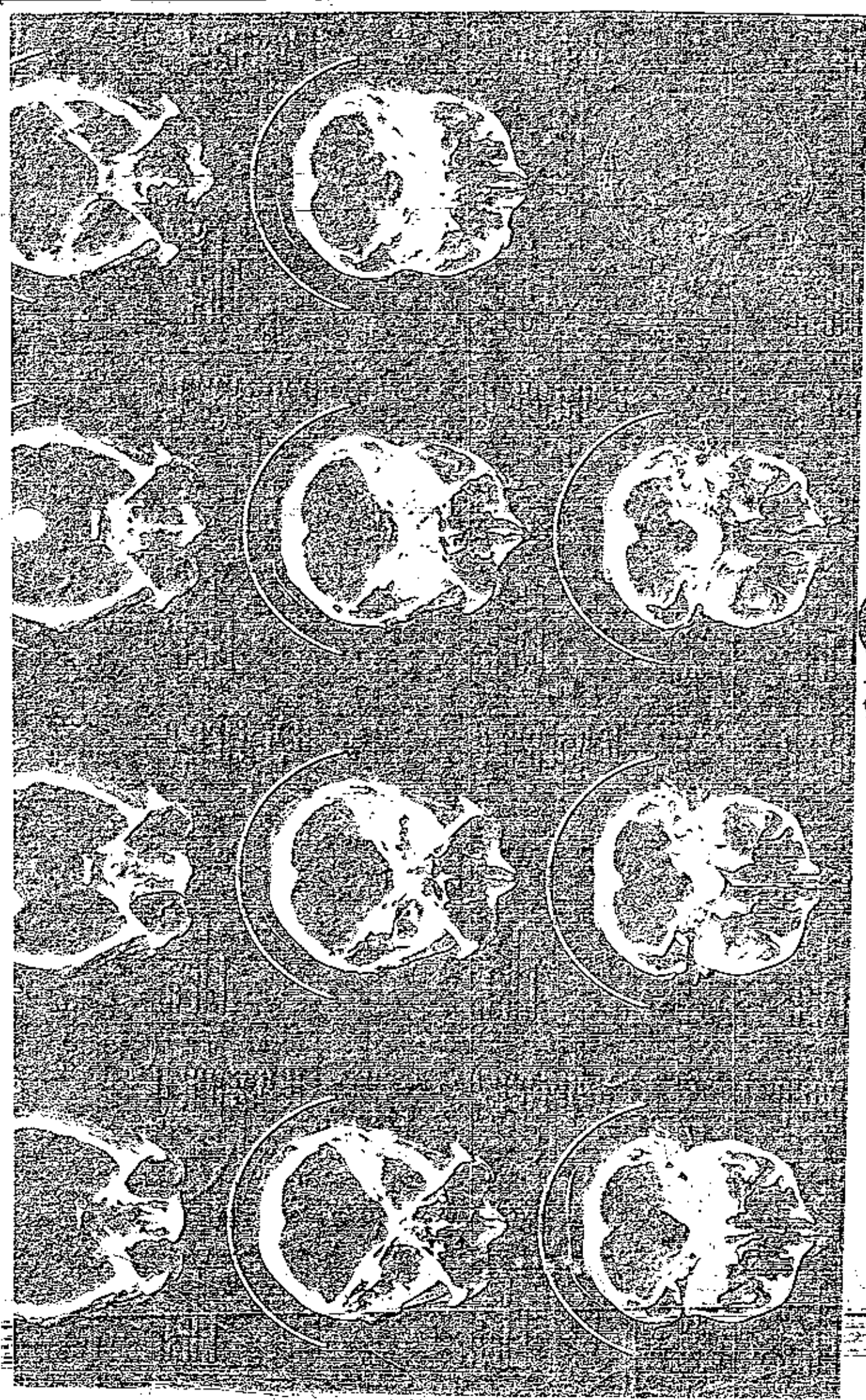
J. Marcello José Albano Lima
CRM 2.3696

5696-MARCELLO JOSE ALBANO LIMA





310 DIAGNÓSTICO
Taz beam



Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Médico:

Radiologista: P12832

Data: 14/02/2018

AV. GETÚLIO VARGAS, 509, CENTRO

FONE: (69) 3422-1235

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnicas:

Tomografia computadorizada sem contraste venoso.

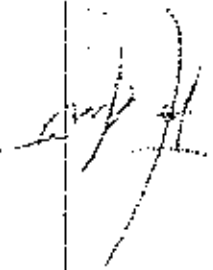
Achados:

Fratura posterior na linha média do osso parietal, se estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal, com hemotímpano à direita.
Hematoma subgaleal parietal na linha média e frontotemporal direito.
Discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3 cm.
Ausência de processo expansivo neoplásico parenquimatoso, hemorragia parenquimatosa aguda, desvio das estruturas da linha média ou apagamento das cisternas da base.
Sistema ventricular típico, com morfologia e dimensões preservadas.

Conclusão:

Laudo descritivo.

Dr. Fábio Augusto Costa Martins
Médico Radiologista
CRM PI - 2823



Documento assinado digitalmente em 14/02/2018 por
Dr. Fábio Augusto Costa Martins

Hospital Flávio Santos

Hospital Dr. Flávio Santos Ltda. - 23.633.829/0001-27

R. 1º DE MAIO, 138/S - R. FELIX PACHECO, 2221 - AV. SENADOR ARAÚJO LEÃO, 1480 - TERESINA-PIAUÍ Fone: (86) 32215654

WinAudio (#WAUD1218781)

Avaliação Audiológica

Emissão: 01/02/2019

Funcionário/Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Data do Exame: 01/02/2019

Idade: 28 anos e 4 meses

Sexo: Feminino

Tipo Consulta: Convênio

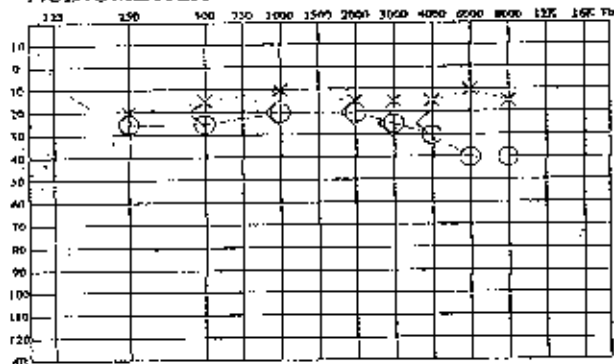
Convênio: SANTA TERESINHA

Audiômetro: MA42-MAICO (Última Afecção: 13/06/2018)

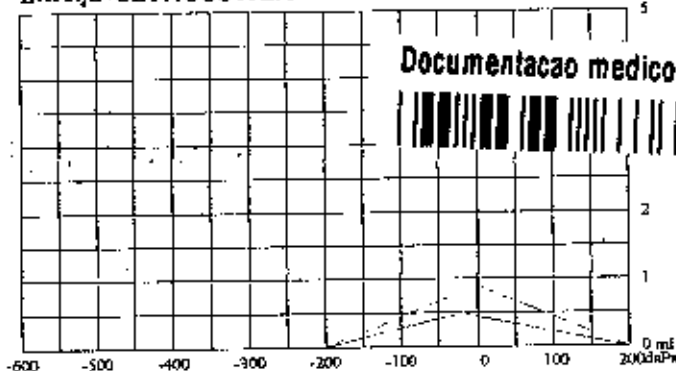
Imitancímetro: GSI 38

Profissional que solicitou o exame: Dr. FLÁVIO SANTOS

AUDIOMETRIA



IMPEDÂNCIA ACÚSTICA



Documentação médico - hospi

Índice Percentual de Reconhecimento de Fala

	Intensid	Monossil	Dissil
Pal. Faladas		25	25
OD	60 dB	100 %	
OE	55 dB	100 %	

Mascaramento (em dB)

	VA		VO		LOGO
	Min	Max	Min	Max	Quant
OD					
OE				65	

Reflexo Acústico

Orelha Direita

Hz	Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI
500	25	100	75	
1000	20	105	85	
2000	20	100	80	
4000	30	105	75	

Orelha Esquerda

Hz	Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
500	15	AUS		
1000	10	AUS		
2000	15	AUS		
4000	15	AUS		

Sonda no OE

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
OD				
OE				

Weber

	Rinne
OD	
OE	

Sonda no OD

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
OD				
OE				

Tone Decay (em dB)

PARECER AUDIOLÓGICO

AUDIÇÃO NORMAL NA ORELHA ESQUERDA E REBAIXAMENTO AUDITIVO NAS FREQUÊNCIAS DE 4000 A 8000Hz NA DIREITA COM TIMPANOLOGIA CURVA TIPO A BILATERAL.

CRF: 9504 - RI DAVID FERREIRA MOURA

Este documento foi assinado pelo Hospital Dr. Flávio Santos Ltda. - 23.633.829/0001-27

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS

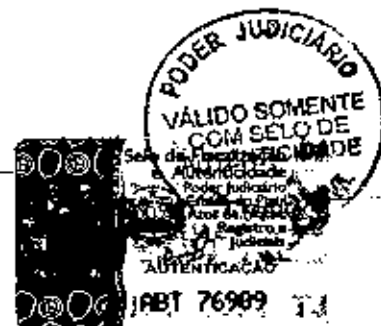
PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELIA

CNPJ: 06.734.027/0001-08 - CNES: 07.837-4

AVENIDA VIGUEL ARCAJO CAVALCANTE, CENTRO - N.º 15, PAULISTANA - PIAUÍ

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS, EM TEST. DA VERDADE. DOU FE. PAULISTANA, 04/02/2019 10:11:10

CLAUDIANA SEBASTIANA DE SOUSA - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Empl. R\$ 2,49 TJ: R\$ 0,50 MP: R\$ 0,06 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 3,30



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Claudiana Sebastiana de Sousa
Escrivente Autorizada
Paulistana



ATO

Fundação Municipal de Saúde

HOSPITAL REGIONAL MARIANA PIRES FERREIRA

CNPJ: 11.963.359/0001-80



Boletim de atendimento de Urgência / Emergência

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: <u>Zulide de Sousa Silva</u>		DATA DE NASC.: <u>19.10.1990</u>	COR: <u></u>
SEXO: () MASC. ☒ FEM.	PROFISSÃO: <u></u>	DOC: <u>62.350.040-1</u>	CPF: <u>19430183</u>
CNS: <u>400.0025.4139-1107</u>	PAI: <u>Simão Bento da Silva</u>		
MÃE: <u>Mãe das Humildes de Sousa Silva</u>			
CONSULTA: () 1ª () SUBSEQUENTE	ENDEREÇO: <u>AV. Duque de Cavalcanti</u>		
BAIRRO: <u>2º P</u>	CEP: <u>64748-000</u>	MUNICÍPIO: <u>Açailândia</u>	ESTADO: <u>PA</u>
DATA DO ATENDIMENTO: <u>14-02-2014</u>		HORA DO ATENDIMENTO: <u>11:50</u>	

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

ANAMNESE/EXAME FÍSICO:

Pa: 110x80

Frequência

Paciente chegou ao PS após sofrer queda de peso, estava em excelente humor, sem alterações de consciência.

Do exame: CGR, e demais exames de rotina em ordem.

AR: HT, - AMF, - Sat: 99%.

PRESCRIÇÃO:

Clavix 200, 2T, 3AF, 55, FCB 2

amp: Flórida, meler, 2T, 1AF

Otorralgia - curado D.

Mo: TCG

Cd: SCL 2000 mL, 2T, 3AF, 55, FCB 2

4T, 3AF, 55, FCB 2

3) Dipirona - 1T, 3AF, 55, FCB 2

4) Analgésico - 1T, 3AF, 55, FCB 2

PROCEDIMENTO REALIZADO

DRENAGEM DE ABCESSO () QUANT.: _____	CODIGO: _____	CID 10: _____
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO () QUANT.: _____	MEDICAÇÃO:	
PEQUENA CIRURGIA () QUANT.: _____		
SUTURA SIMPLES () QUANT.: _____		
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO () QUANT.: _____		
CONSULTA MEDICAMENTOSA () QUANT.: _____		
IMOBILIZAÇÃO () QUANT.: _____		
OUTRO: _____ () QUANT.: _____	PRESCRITA ()	
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: <u>Simão Bento da Silva</u>	APLICADA ()	
	OUTROS ()	
	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE: <u>[Assinatura]</u>	
	DATA E HORA DO ATENDIMENTO: <u>14-02-2014 11:50</u>	



Hospital

Fundação Municipal de Saúde



HOSPITAL REGIONAL MARIANA PIRES FERREIRA
CNPJ: 11.963.359/0001-80



GUIA DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

PACIENTE: Enrique de Jesus Silva DATA NASC.: 1/1/1964

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

1º DESTINO: HA-JC 2º DESTINO: _____

HDA: Paciente chegou ao ES após sofrer queda de braço, estava em capacidade física regular, não há alteração de consciência. Faz uso de medicação para hipertensão arterial, não há problemas renais.
Doença: EGA, insuficiência cardíaca, glaucoma, pupilas anisocóricas, hipermetropia.
HA-JC, em AM, de 120/80 mmHg, 100 bpm, 18°C, 100% FiO2, 100% saturação.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: interação com o uso de
HA-JC

procedimento de troca de medicação de HA-JC de 120/80 mmHg para 100/60 mmHg.
HA-JC

TERAPÊUTICA REALIZADA: 1) Sal 200 mg, 1x
2) Oximetazolina 1 mg, 1x
3) Dipirona 100 mg, 1x
HA-JC

DATA: 19/02/18

MÉDICO: _____

TÉC. DE ENFERMAGEM: _____

MOTORISTA: _____

AMBULÂNCIA: _____

Hospital Regional Mariana Pires Ferreira
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 19/02/18
Assinatura e Carimbo
ASS. E CARIMBO



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PICO/PI - 4601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3522-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0503372
Data: 14/02/2018
Funcionário: KLEBIA

Registro: 385035
Hora: 14:05:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 73

SUS

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Nasc.: 19/10/1990 Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS Profissão: LAVRADOR Civil: CEP: 64748-000
End.: SEBASTIAO VITORIA, 0 Bairro: CENTRO Cidade: ACAUA/PI
Cor: PARDA Telefone: (89) 9940-46308 Mãe: MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA Pai: SIMIAO BENTO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: AMB ACAUÁ

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Relato de trauma de queda em moto, com lesões no tórax, abdômen e membros inferiores.

Hora: ____:____
☐ Internação

Exames Complementares:

TCC - Realizado

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

*1) TC de tórax, abdômen e pelvis S. D. (Realizado)
2) Analgesia de acordo com necessidade
3) Hidratação com 1000 ml de Soro Salino 0,9%
4) Repouso absoluto em observação 24h
5) Hb e Hemat. 24h e 48h, Fígado e Rins*

**Hb e Hemat. 24h e 48h.*

Classe de risco para internação

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 14:19:49

Prioridade:

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

Queixa/História: PACIENTE APRESENTA OTORRAGIA + DESORIENTAÇÃO + HEMATEMESE PÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA (SIC)

Alergias: NEGA

Medicação Usual: NDN

PA: 140/90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHAMENTO EM ANEXO

Conduta: AO CLÍNICO

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência Destino:

Hora:

Zuleide de Sousa Silva
ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Paciente ou Responsável

6801 - JOSE MARIA DE ARAUJO FILHO
Médico Responsável



Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Médico:

Radiologista: PI2832

Data: 14/02/2018

AV. GETÚLIO VARGAS, 509, CENTRO

FONE: (89) 3422-1235

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Tomografia computadorizada sem contraste venoso.

Achados:

Fratura posterior na linha média do osso parietal, se estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal, com hemotímpano à direita.

Hematoma subgaleal parietal na linha média e frontotemporal direito.

Discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3 cm.

Ausência de processo expansivo neoplásico parenquimatoso, hemorragia parenquimatosa aguda, desvio das estruturas da linha média ou apagamento das cisternas da base.

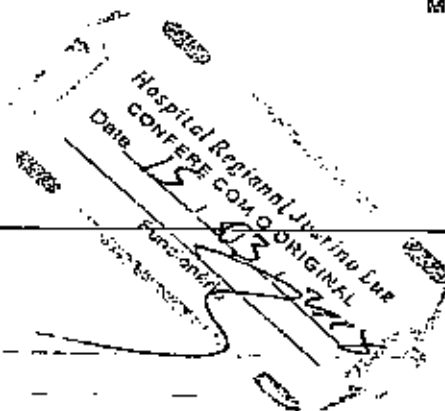
Sistema ventricular típico, com morfologia e dimensões preservadas.

Conclusão:

Laudo descritivo.

Documento assinado digitalmente em 14/02/2018 por:
Dr. Fábio Augusto Costa Martins

Dr Fábio Augusto Costa Martins
Médico Radiologista
CRM PI - 2823





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184-BOMBA, PICOS/PI
Telefone: (89) 3422-1314, FAX: (89) 3422-1314
CNPJ: 06.553.564/0102-B1, Email: HRJL@HRJL.PI.GOV.BR

Atendimento: E088995

Coletado:

Data: 14/02/2018

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Médico(a): LUIS DO ESPIRITO SANTO DE CARVALHO COS
Convênio: SUS Lcto: Enfermaria:

Sexo: FEMININO
Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS
Impresso: 14/02/2018

HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,86 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	11,3 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	33,9 %	40 a 52 %
VCM	87,82 μ^3	80 a 100 μ^3
HCM	29,27 pg	26 a 34 pg
CHCM	33,33 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	15,900/mm ³	4.500 a 11.000/mm ³
MIELÓCITOS	00 %	0
METAMIELÓCITOS	00 %	0
BASTONETES	01 %	0 a 4 % Até 400/mm ³
SEGMENTADOS	87 %	36 a 66 % 2000 a 7500/mm ³
BASÓFILOS	00 %	0 a 1 % Até 100/mm ³
EOSINÓFILOS	01 %	0 a 4 % 100 a 400/mm ³
LINFÓCITOS	08 %	20 a 40 % 900 a 4400/mm ³
MONÓCITOS	03 %	2 a 8 % 200 a 800/mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	00 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	366.000/mm ³	150.000 a 400.000 μ L

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado: 14/02/2018 - 20:40:00
Liberado: 14/02/2018 - 21:03:28

LEUCOCITOSE DISCRETA
NEUTROFILIA MODERADA

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 15/02/2018
Funcionário: Marcello José Albano Lima
CRBMZ-5696

5696-MARCELLO JOSE ALBANO LIMA

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Sexo: FEM
Convênio: LAB CAD
Solicitante: Dr. SEM SOLICITAÇÃO
Idade: 27 anos
Código: 050813.01
Data: 10/05/2018 16:40:00

NEOIMAGEM
MA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS MASTÓIDES

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados axiais foram adquiridos com 1,0 mm de espessura em série única.

ACHADOS:

Solução de continuidade que sugere traço de fratura longitudinal na mastoide direita, sem desalinhamento ósseo.

Os meatos acústicos externos têm dimensões normais.

Obliteração parcial de algumas células da mastoide direita por provável conteúdo líquido.

Pneumatização e aeração normal das células da mastoide esquerda e cavidades timpânicas bilateralmente.

As cadeias ossiculares, janelas redondas e ovais com aspecto tomográfico normal.

Cócleas, vestibulos, canais semicirculares, aquedutos vestibulares e cocleares com aspecto tomográfico normal.

Os condutos auditivos internos têm morfologia e dimensão normais, com cristas falciformes íntegras.

CONCLUSÃO:

Sinais de fratura longitudinal na mastoide direita, sem desalinhamento ósseo importante.

Obliteração parcial de algumas células da mastoide direita, de provável natureza inflamatória.

DR. LEONARDO AUGUSTO COSTA MARTINS
CRM 3050

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2 OFÍCIO NOTAS

PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELA

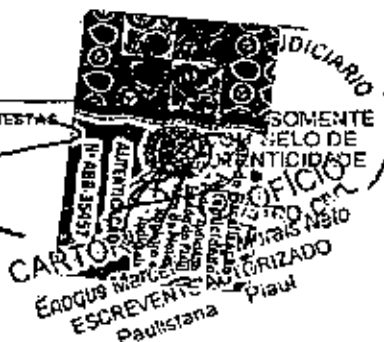
CPF: 05.734.057/0001-04 - CNIS: 01.151-4

AVENIDA MIGUEL LACERDA CAVALCANTE, CENTRO - Nº 162, PAULISTANA - PIAUÍ

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS EM TEST. 22/10/2018, 15:13:46

ENOCHE MARCELO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE

Emol: 2,39 IJ: 0,48 Selo: 0,28 Total: 3,15



Rua Taumaturgo de Azevedo, 1889 - Centro/Sul - Teresina - PI - 86. 3131-1550.
neoimagem.ma@gmail.com • www.neoclinica.net.br/neoimagem

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Sexo: FEM
Convênio: LAB CAD
Solicitante: Dr. SEM SOLICITAÇÃO
Idade: 27 anos
Código: 050813.01
Data: 10/06/2018 16:40:00

NEOIMAGEM
MA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados axiais foram adquiridos com 1,0 mm de espessura, possibilitando a obtenção de reformatações multiplanares.

ACHADOS:

Desvio do septo nasal para a direita.

Tênue espessamento mucoso nos seios maxilares e esfenoidal direito.

Seios frontais, esfenoidal esquerdo e células etmoidais com transparência normal.

Unidades ostiomeatais, recessos frontais e eseno-etmoidais púrvios.

Sinais de osteíte reativa nas paredes do seio esfenoidal direito.

Como variações anatômicas assinalamos expansão basilar do seio esfenoidal direito, pneumatização dos processos pterigoides do esenoide bilateralmente.

CONCLUSÃO:

Desvio do septo nasal para a direita.

Espessamento mucoso nos seios maxilares.

Sinais de sinusopatia inflamatória crônica / fúngica esfenoidal direita.

DR. LEONARDO AUGUSTO COSTA MARTINS
CRM 3050

PODER JUDICIAL
VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELA
CNPJ: 06.134.074/0001-68 - CEC: 07.937-4
AVENIDA MIGUEL ARCANJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 162, PAULISTANA

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS
NOTAS
EM TEST. 01. VERDADE. GOU FE. PAULISTANA, 22/02/2018 15:13:45

ENOQUE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE
Emol. 2,39 T.J. 0,48 Selo. 0,26 Total: 3,13

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Enoque Marcelino de Moraes Neto
ESCRIVENTE AUTORIZADO
Paulistana Plaut

Rua Taumaturgo de Azevedo, 1889 • Centro/Sul • Teresina - PI • 86. 3131-1550
neoimagem.ma@gmail.com • www.neoclinica.net.br/neoimagem

PRIMEIRO NOME: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DATA: 10/05/2018

IDADE: 27 anos

DATA DE NASCIMENTO: 19/10/1990

MÉDICO SOLICITANTE: JOSIONE REGO FERREIRA

ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE

ESTUDO DA NEUROCONDUÇÃO

Avaliação do potencial de ação motor

Foram avaliados os nervos facial direito e esquerdo, com captação aos músculos orbicular dos olhos e nasal.

Foi observada redução das amplitudes à direita.

A latência e a amplitude dos demais potenciais motores avaliados foram normais.

Teste do BlinkReflex (Arco Trigêmeo- Facial)

Foram avaliadas as vias aferentes e eferentes bilateralmente.

Os componentes R1 e R2 apresentaram respostas abolidas quando captados à direita.

ELETROMIOGRAFIA

O estudo eletromiográfico com agulha monopolar foi realizado, bilateralmente, nos músculos orbicular dos olhos, orbicular da boca e nasal.

Foram observados potenciais de ação polifásicos com recrutamento neurogênico e incompleto à direita.

A análise do repouso muscular, recrutamento, a ativação e morfologia das unidades motoras foram normais nos demais músculos avaliados.

CONCLUSÃO

Eletroneuromiografia de face com alterações compatíveis com um mononeuropatia periférica de padrão axonal acometendo o nervo facial direito.

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS
PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELIÃ
CNPJ: 06.724.057/0001-09 - CNIS: 07.557-4
AVENIDA NUNO DE ARAÚJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 162, PAULISTANA - PAUL

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS EM TEST. 27/05/2018 DA VERDADE. OUF: PAULISTANA, 27/05/2018 16:13:46

ENOCHE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE
Emp. 2.39 17: 0.49 Sel. 0.26 Top. 3.13

PAULISTANA
19/05/2018
08:13:46

RECEBIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
REGISTRO CIVIL

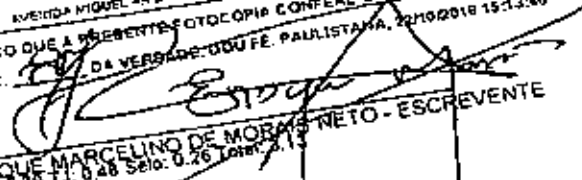
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Enoque Marcelino de Moraes Neto
ESCRIVENTE AUTORIZADO
Paulistana - Paul


Dr. Frederico Prado
Neurologia
Neurofisiologia Clínica
CRM-PE 4096

Dr. Frederico Maia Prado

CRM 4096

A eletroneuromiografia é um exame complementar e seus dados devem ser avaliados conjuntamente com dados clínicos e laboratoriais

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS
PETRONIA A MOREIRA DE CARVALHO - TABELIA
CNPJ 06.734.051/0001-09 - CMS 02.971-6
AVENIDA MIGUEL ARCANJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 163, PAULISTANA - PIAUÍ
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS
NOTAS EM TEST. 
DA VERDADE: OJUFÉ, PAULISTANA, 22/09/2018 15:13:46
ENOQUE MARCELINO DE MORAES NETO - ESCRIVENTE
Emp. 2.38 13: 0.48 Selo: 0.26 Total: 3.13



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Enoque Marcelino de Moraes Neto
ESCRIVENTE AUTORIZADO
Paulistana Piauí

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA, 27 anos

Data: quinta-feira, 10 de maio de 2018

Médico: Dr. Josione Rego Ferreira

VC motora

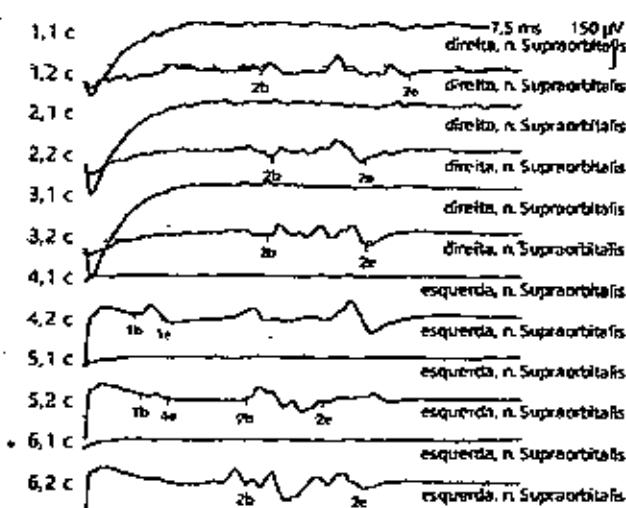
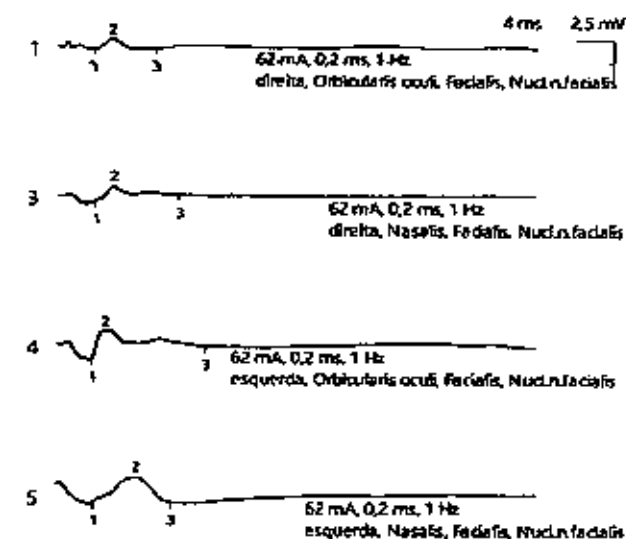
Teste	Pto. estim.	Lat. ms	Ampl. mV	Dur. ms	Área, mVxms	Estim. mA	Estim. ms	Dist. mm	Tempo, ms	Vel. m/s
direita, Orbicularis oculi, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	Thragus	3,7	0,7	6,44	1,1	62	0,2			
direita, Nasalis, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	1	4,0	0,9	8,66	4,1	62	0,2			
esquerda, Orbicularis oculi, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	1	3,6	1,9	12,0	14,3	62	0,2			
esquerda, Nasalis, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	1	3,8	1,7	8,08	6,7	62	0,2			

Todas curvas

N	Lat. R1, ms	Dur. R1, ms	Ampl. R1, μ V	Lat. R2, ms	Dur. R2, ms	Ampl. R2, μ V	Lado estim.	Lado capt.	Estim. mA	Estim. ms
1,2 c				40,3	33,9	92,1	direita	esquerda/c	22	0,1
2,2 c				43,3	20,9	88,5	direita	esquerda/c	25	0,1
3,2 c				42,3	22,6	96,6	direita	esquerda/c	25	0,1
4,2 c	11,8	6,2	62,0				esquerda	esquerda/i	24	0,1
5,2 c	13,1	6,0	19,9	37,4	17,2	87,0	esquerda	esquerda/i	24	0,1
6,2 c				37,2	25,7	139	esquerda	esquerda/i	24	0,1

Reflexo de piscamento

Lado est.	direita				esquerda			
Lado capt.	direita/i		esquerda/c		direita/c		esquerda/i	
Onda	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Lat., ms				40,3			11,8	37,2



PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS

PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELIA

CPF: 06.734.050-00 - DNS: 02.0514

AVENIDA MIGUEL ALFONSO CAVACANTE, CENTRO - N.º 162, PAULISTANA - SP

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS EM TEST.

DA VERDADE DOU.FE. PAULISTANA 22/10/2018 15:13:45

ENOCHE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE

Emol. 2,39 I.J. 0,48 Selo 0,26 Total: 3,13



SELO JUDICIAL
LIDO SOMENTE
COM SELO DE
AUTENTICIDADE

REGISTRO CIVIL

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
ENOCHE MARCELINO DE MORAIS NETO
ESCRIVENTE AUTORIZADO
Paulistana - SP

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
CULEIOE D SOUSA SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
70002541391107
10 - NOME DA MÃE
MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA
12 - ENDEREÇO
LESTE BRASILEIRA, D.
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ACAUA

8 - DATA DE NASCIMENTO
13/10/1990

9 - SEXO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

64561

11 - TELEFONE DE CONTATO

(99) 3940-35947

57.429

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2200053

15 - UF
PI

16 - CEP
64745-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de peso
TCC
Fome PO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TCC

0303040084

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

TCC

S068 V294

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCC

21 - CID PRINCIPAL
S06.2

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA
NEUROCIRURGIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CFF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
834.643.17303

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
15/02/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

38 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

35 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEQUERADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - COD. ORÇÃO EMISSOR
M22039090

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

62780

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
() CNS (x) CFF 078.977.623-67

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO EMBALHE)

2218101817406

Atendimento:	1057429
Data:	15/02/2018
Hora:	3:40

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0
FLORIANO/PI

BOLETIM DE ADMISSÃO

164561 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 19/10/1990 - 27 ANOS.3 MESES,27 DIAS

Clinica: NEUROCIRURGIA Enfermaria: N05- NEUROCIRURGIA Leito: N0501 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

RG: 62.350.040-1 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: LESTE BRASILEIRA, N° 0 - CEP: 64748-000

Bairro:

Cidade: 2200053- ACAUA/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai: SIMIAO BENTO DA SILVA

Mãe: MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA - () - - O MESMO

Diagnostico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

de Acompanhante:

☐ Sim

☐ Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

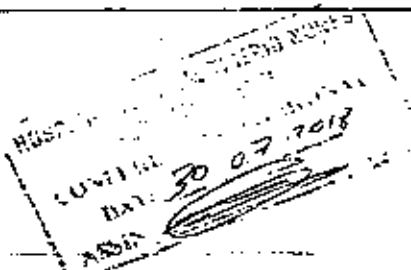
+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável



HOSPITAL TIBERIO NUNES

TCE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ZULEIDE SOUSA

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROFISSIONÁRIO
CLÍNICA
NEUROCIRURGIA

HORÁRIO

ENFERM. APT

LEITO

MÉDICO ASSIST.

203

OBSERVAÇÕES

TCE GW

15/06/13

1 - Dieta	SAZONOS				
2 - SF0,9% 1500 ml EV 24 h		() () ()			
KCl 10% 5 ml por soro		() () ()			
3 - Fenitoína 2ml + 8ml AD EV 8/8 horas		14 2.2 0.6			
4 - Dipirona 2 ml EV 6/6 horas		12 1.9 2.4 0.6			
5 - Plasil 1ampola EV S/N					
6 - Ranitidina 50mg EV 8/8 horas		14 2.2 0.6			
7 - Tilmil 20mg EV 12/12 horas		10 2.2			
8 - Dimorf 1,0ML + 9,0ML DE ÁGUA DESTILADA (FAZER 3,0ML EV S/N)					
9 - Haldol 10 mg EV S/N					
10 - Tylex 30mg VO S/N					
11 - Tranadol 100mg + SF 0,9% 100ml EV S/N					
12 - SSVV + CCGG + Cabeceira elevada 30° (TAX, P, R, PA e FC)		12 4.8			
13-FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA					

James B...

15/06/13

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO MUNES

GABRIEL FERRERA, S/N. 0 - MANGUINHA
64800-000, FLORIANO/PI
CNPJ: 06.553.564/0103-62
TELEFONE: (89) 3522-1489

Impresso: 18/02/2018 - 11:03:57

Pág: 1/1

PACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA

ENFERMAGEM: N05-NEUROCIQUIRIA LETIVO: 0502 ADMISSÃO: 15/02/2018 DIAS INTERNADO: 3 27 ANOS E MESES 27 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/02/2018 - 11:03:34

Evolução Médica

11:03:28 BOM ESTADO GERAL

ECG 15

CERATIA

CÓDICE CONTROLE

DIETA BRANDA

DIPHIOMA 500MG/ML AMP 2ML - JG

FENITOINA SODICA 100 MG

TRAMADOL (CLORIDRATO) 50MG/ML - AMP 2ML

JELCO SALINIZADO

2,00 AMP IV
1,00 COM ORAL
1,00 AMP IV

06/06H
08/08H
08/08H

DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9 %

EXAME: Te. (C. 1.000) (C. 1.000)
DATA/HORA: 18/02/18
ASS. TÉCNICO

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO MUNES
FLORIANO - PI
18/02/2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data de internação: 15/02/2018 - 03:40:00
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0203

Evolução

18/02/2018

Enfermeiro(a)

Assinatura

10:00:00	SEGUE CONSCIENTE, DESORIENTADO, FASICO, INQUIETA, RESPIRANDO AR AMBIENTE, ACEITA DIETA OFERECIDA, SONO E REPOUSO SATISFATORIO. QUEIXA-SE DE CEFALÉIA INTENSA, MEDICADA CPM.	EDINALVA	Edinalva Magalhães Virgínia Enfermeira COREN-PI 312.518
16:00:00	REALIZADO TC CONFORME SOLICITAÇÃO.	EDINALVA	Edinalva Magalhães Virgínia Enfermeira COREN-PI 312.518

30 07 2018
ORIGINAL
30 07 2018

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

None

Zu hoch ob. Seite

End;

Leito: 203 Data: 18/02/18

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

(Faint handwritten notes at the bottom of the page)

~~1000. Cornish, John & Son, London~~

Agave americana - *Agave americana*

Handwritten: *Handwritten text, likely a signature or name, written upside down.*

$\Delta = \text{INT } Y80, F=36.9, FC=69.0, R=2$

No 18 n Nivacodo $\text{FeA} = 100 \times 90$, $I = 35$, $q'_{\text{R}} = 2$

		69701 000000	69701 000000
		000000 000000	000000 000000

[illegible]

no	number	date	time	place	no.
8	1000	1967	36.82	Mad	30

no. 61609. Tropicaria, calmo, recondente, glaberrima

8.11.1944. Von Gütersloh abfahren. Die Familie —

2. $\frac{1}{2} \times \frac{3}{4} = \frac{3}{8}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Letter to OS

1970

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 GABRIEL FERREIRA, S/N, O - MANGUEIRA
 64800-000, FLORIANO/PI
 CNPJ: 06.553.564/0103-62
 TELEFONE: (89) 3522-1489

ACIDENTE: 057429-ZULIEIDE D SOUSA SILVA

27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

INFERMARIAS: N05-NEUROCIRURGIA

LEITO: N0502

ADMISSÃO: 15/02/2018

DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

7/02/2018 - 18:24:37

Evolução Médica

18:24:28 TCE

ECG 15

SEM DEF. CRTS. NEUROLÓGICAS FOCAIS

CEFALÉIA LEVE

C/D ANALGESIA

TC CONTROLE AMANHÃ

DIETA BRANDA

DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 16

1,00 AMP IV

06/06H

1,00 AMP IV

08/08H

1,00 AMP IV

FENITOINA SODICA 100 MG

1,00 COM ORAL

08/08H

1,00 COM ORAL

08/08H

1,00 AMP IV

TRAMADOL (CLONORATO) 50MG/ML - AMP 2ML

1,00 AMP IV

08/08H

1,00 AMP IV

08/08H

1,00 AMP IV

JELCO SALINIZADO

4083 - JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR

As. No. 05. Invenit evolui cummitti, muricada, ECG 15
apresentando heretotoma nublada, homogenea a D. hirtellona
sem traço de colheita e D. novo e repouso, muricada
e muricada, pelo corpo, colheita nublada, nublada
na cor escura de colheita, ECG 15. 036

27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

16/02/2018 - 10:28:07

Evolução Médica

TELETYPE

FX MASTOÏDE D

FX POE

GLASSBORO 14

CO: DISFRANCIA

DIETA BRAND

SORO FISIOLOGICO 0,9 % 500 ML

DIPHENONA 500MG/ML AMP 21ML - 1G

FENTONIA SODICA 100 MG

1.00 COM OFAL

08/0814

22

12

25

Abstract

DECADRON 4MG IV 05/06H

1

1

$$S^{\mu\nu} \cdot (T^{\lambda\chi}, p, R, \rho_A \pm Fc)$$

10

تقریر

20

Normal
5 cm, IV, 08108h. 2-
~~at 11/15/2007~~

Dr. Elton Bezerra
OFF: 019.244.03370
NEUROCIRURGIA
CRM - 5310

Praga Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

Nome: JULIÃO DE SOUZA SILVA

End:

Leito 507 Data: 17/09/13

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

[illegible]

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data de internação: 15/02/2018 - 03:40:00
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Sexo: F

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Anotação
16/02/2018

Técnico(a)

Assinatura

16:06:52	PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS. - PA:110/65 TAX: 37° F.C.:58 F.R.:0 Glicemia: 0	JANARA	Janara D. S. Silva Técnica de Enfermagem COREC 1167971
19:16:44	SEGUE REFERINDO CEFALEIA, MEDICADA CONFORME PRESCRITO. - PA:124/77 TAX: 37° F.C.:57 F.R.:0 Glicemia: 0	JANARA	Janara D. S. Silva Técnica de Enfermagem COREC 1167971

Obs. PA - 103x57 mmHg / 8-53 bpm
Técnica de Enfermagem
COREC 1167971



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, Q - MANGUNHA
64800-000, FLORIANO/PI
CNPJ: 06.553.564/0103-62
TELEFONE: (89) 3522-1489

Impresso: 15/02/2018 - 11:25:04
Página: 1/1

PACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA

27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

ENFERMARIA: M05-NEUROCIRURGIA

LEITO: N0502

ADMISSÃO: 15/02/2018

DIAS INTERNADO: 0

PRESCRIÇÃO MÉDICA

15/02/2018 - 11:23:41

Evolução Médica

11:23:40 TC LEVE
FX MASTÓIDE D
FX PO E
GLASGOW 14
CD: OBSERVAÇÃO

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00 BDL	IV	06/06H	(8) 14/02/2018	
DIPLOINA 500MG/ML AMP 2ML - 1G	1,00 AMP	IV	06/06H	12/02/2018	
FENITOINA SODICA 100 MG	1,00 COM	ORAL	08/08H	14/02/2018	
BROMOPRIDA AMP (PLANET)	1,00 AMP	IV	12/12H	12/02/2018	

Dr. Elton Bezerra
CPF: 010.564.893-70
NEUROCIRURGIA
CRM: 35410

561B - ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1067429 - ZULEIDE D. SOUSA SILVA

Data impresso: 15/02/2018

Page 1 of 1

Data da internação: 16/02/2018 - 03:40:00 Sexo: F Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS
Responsável: ZULEIDE D. SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Anotação

16/02/2018

Técnico(a)

Assinatura

02:15:08	PACIENTE CALMA, SONOLENTA SEM QUEIXAS ALGICAS - PA:117/70 TAX:37° F.C.:81 F.R.:0 Glicemia: 0	JOSELIAS	
----------	--	----------	---

Os 6:00h. - Pac. - 100x60 mmHg - Tax 36,1°C - bpm 68. - Glic - 70mg/dl

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00 Sexo: F Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Page 1 of 1
Data impressa: 15/02/2018

15/02/2018

Evolução			Enfermeiro(a)	Assinatura
10:00:00	SEGUE SOMOLENTE, ORIENTADO, FASICO, COOPERATIVO, AVP EM MSE, HIGIENIZADO, REFERE CEFALEIA E OTORRAGIA D.	EDINALVA	Edinalva Moura da Virgínia	
	ACEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SONO E REPOUSO TRANQUILO.		Edinalva Moura da Virgínia	
			CORRENTI 512318	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA Date Impresso: 15/02/2018

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00 Sexo: F Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

3:00:00	PACIENTE CALMA, UM POUCO SONOLENTA, SEM QUEIXAS ALGUMAS NO MOMENTO - PA:111/60 TAX: 37º F.C.:89 F.R.: 19 Glicemia: 0	MARILUCIA	Recebi a visita de enfermagem Realizei a aferição da glicemia: 116,0mg/dL
2:00:00	PACIENTE CALMA, SONOLENTA, ORIENTADA, SEM ALTERAÇÕES ATÉ O MOMENTO - PA:111/70 TAX: 37º F.C.:80 F.R.: 0 Glicemia: 0	MARILUCIA	Recebi a visita de enfermagem Realizei a aferição da glicemia: 116,0mg/dL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

-1057429- ZULEIDE D-SOUSA-SILVA

Page 1 of 1

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0501

Sexo: F

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Data impresso: 15/02/2018

Evolução

15/02/2018

Enfermeiro(a)

Assinatura

06:09:44 JOVEM SOFREU ACIDENTE MOTO, SEGUE CONSCIENTE, DESORIENTADA, CALMA, SONOLENTA, RESPIRA AR AMBIENTE, SEM DEFICITS, APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO, SOB VIGILÂNCIA.

GESANE

Zuleide Silva
57/11/66

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Sexo: F Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Data impressa: 15/02/2018

Page 1 of 1

Anotação
15/02/2018

Técnico(a)

Assinatura

07:42:09 DESORIENTADA; SONOLENTA, CALMA - PA: 110/80 TAX: 36° F.C.: 55 F.R.: 0 Glicemia: 0

VALIDINA

Zuleide D. Sousa Silva

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-4333 - Telefax: 0xx89 3522-4323

Prça. Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueiras

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME

Zulmar de Sousa Silva

CLÍNICA

PS

ACÚMULO

NEURO

MOTIVO DA CONSULTA

Verificação de exames de TC e
cef. me. TC

Dr. César Augusto Guimarães

MÉDICO

CRM 1423(P)

ASS. MÉDICO

PARECER

Ass. Médica

Ass. Médica

Ass. Médica

Ass. Médica

Ass. Médica

Ass. Médica

Ass. Médica

Ass. Médica

Ass. Médica

Ass. Médica

Informações Gerais

1. Paciente: ZULIDE DE SOUSA SANTOS -- 3/10/1990 (27 anos), Acad. Mãe: (padrões 187708)
2. Leitor: Regional (Tribuna Mútes (Tribuna/PI)) (estabelecimento 33)
3. Classe: Risco: Urgente

2. VISÃO GERAL

3. EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante: Hospital Regional Juscelino Kubitschek (Picos/PI)

Médico Solicitante: LUIS RO E SANTO DE CARVALHO COSTA JUNIOR

Usuário Solitante: Usuário Padrão

Senha: 20180214148313

Observação solicitante: ASS. SOCIAL KARINE RECEBEU A SENHA

Caracter: gência

Tipo de Leito: Neurológica

CID: Hemiplegia subaguda devido a trombose

Descrição Clínica: Paciente vítima de acidente motorcyclístico, apresentando cefaleia, vômitos, desconforto e dor aguda severa à direita. TC Crânio: fratura posterior na linha média do osso parietal estendendo na região frontoparietal direita e fratura na tábua do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide piriforme direita. Pode apresentar orelha inguinal, com hemotímpano à direita, discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3cm.

Protocolo de Atendimento: Assistência Ventilatória: Não necessária

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Albumina (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Satuação de O2 (0 a 15 ou Não Informado): 13

Satuação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 99

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 14

Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não Informado): 96

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 140x90

Observações

Atualizações no Fluxo

Data

Usuário

Status

Motivo

14/02/2018 15:28

carlito medeiros hj

Pendente

14/02/2018 20:13

Ana Rita Gonçalves Melo

Fila de Espera

15/02/2018 20:13

Ana Rita Gonçalves Melo

Regulada

အမှတ် ၁၄၊ နေပြည်တော်

13. Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SANTOS - 19/10/1990 (27 anos). Acad. Mãe: /paciente/107700)

ਭਾਗ 1 1

Class. Risk: High	1
-------------------	---

© 1999 by The McGraw-Hill Companies

ဝဋ်ကောလံဘံ ခေါ်

Exhib. 50121344

(12/30/2014) 2014 09/11/2014 10/11/2014 11/11/2014

နိမိတ်တို့သည် ဘုရား၏ နိမိတ်တို့ကို

LUIS DO E SANTO DE CARVALHO COSTA JUNIOR

ရည်မှန်းချက်နှင့် တွေ့ဆုံရက်

၄၂၃၅

01234567891011121314151617181920212223242526272829303132333435363738394041424344454647484950515253545556575859606162636465666768697071727374757677787980818283848586878889909192939495969798991001011021031041051061071081091101111121131141151161171181191201211221231241251261271281291301311321331341351361371381391401411421431441451461471481491501511521531541551561571581591601611621631641651661671681691701711721731741751761771781791801811821831841851861871881891901911921931941951961971981992002012022032042052062072082092102112122132142152162172182192202212222232242252262272282292302312322332342352362372382392402412422432442452462472482492502512522532542552562572582592602612622632642652662672682692702712722732742752762772782792802812822832842852862872882892902912922932942952962972982993003013023033043053063073083093103113123133143153163173183193203213223233243253263273283293303313323333343353363373383393403413423433443453463473483493503513523533543553563573583593603613623633643653663673683693703713723733743753763773783793803813823833843853863873883893903913923933943953963973983994004014024034044054064074084094104114124134144154164174184194204214224234244254264274284294304314324334344354364374384394404414424434444454464474484494504514524534544554564574584594604614624634644654664674684694704714724734744754764774784794804814824834844854864874884894904914924934944954964974984995005015025035045055065075085095105115125135145155165175185195205215225235245255265275285295305315325335345355365375385395405415425435445455465475485495505515525535545555565575585595605615625635645655665675685695705715725735745755765775785795805815825835845855865875885895905915925935945955965975985996006016026036046056066076086096106116126136146156166176186196206216226236246256266276286296306316326336346356366376386396406416426436446456466476486496506516526536546556566576586596606616626636646656666676686696706716726736746756766776786796806816826836846856866876886896906916926936946956966976986997007017027037047057067077087097107117127137147157167177187197207217227237247257267277287297307317327337347357367377387397407417427437447457467477487497507517527537547557567577587597607617627637647657667677687697707717727737747757767777787797807817827837847857867877887897907917927937947957967977987998008018028038048058068078088098108118128138148158168178188198208218228238248258268278288298308318328338348358368378388398408418428438448458468478488498508518528538548558568578588598608618628638648658668678688698708718728738748758768778788798808818828838848858868878888898908918928938948958968978988999009019029039049059069079089099109119129139149159169179189199209219229239249259269279289299309319329339349359369379389399409419429439449459469479489499509519529539549559569579589599609619629639649659669679689699709719729739749759769779789799809819829839849859869879889899909919929939949959969979989991000100110021003100410051006100710081009101010111012101310141015101610171018101910201021102210231024102510261027102810291030103110321033103410351036103710381039104010411042104310441045104610471048104910501051105210531054105510561057105810591060106110621063106410651066106710681069107010711072107310741075107610771078107910801081108210831084108510861087108810891090109110921093109410951096109710981099110011011102110311041105110611071108110911101111111211131114111511161117111811191120112111221123112411251126112711281129113011311132113311341135113611371138113911401141114211431144114511461147114811491150115111521153115411551156115711581159116011611162116311641165116611671168116911701171117211731174117511761177117811791180118111821183118411851186118711881189119011911192119311941195119611971198119912001201120212031204120512061207120812091210121112121213121412151216121712181219122012211222122312241225122612271228122912301231123212331234123512361237123812391240124112421243124412451246124712481249125012511252125312541255125612571258125912601261126212631264126512661267126812691270127112721273127412751276127712781279128012811282128312841285128612871288128912901291129212931294129512961297129812991300

Camilleri

א. קב. רפונגס

ଫଟୋ

ՔԱՆՆՆԱԿԱՆ ԲԱՆԿԱՅԻՆ ԵՎ ԲԱՆԿԱՅԻՆ ԵԼՏՆՈՒԹՅՈՒՆ

04:30:00 04:30:00

de morcelamento, apresentando detalhes, abutidos, desorientação e estorço para a direita. TC Cranio: feitura posiciona na linha média do osso parietal superior e inferior, se estendendo até a porção superior da pirâmide de Petros. Ovaria, onde apresenta oitavo e nono e décimo segmentos subdual frontal esquerdo, com espessura de 0,3cm.

Procedo a Atestar que

Memorandum (0 a 50 gtd) ou NRE Informado: NAO INFORMADO

Chemia (0 a 500 mg/d) ou não informado): Não informado

Realia de Glogow (0 8 15 du Mto Informaco): 13

၁၆ (တစ်ရာတစ်ရာ၊ ဝဋ်က ဝဋ် နှင့် ဝဋ်၊ နှင့် ဝဋ်) ဝဋ်က ဝဋ် ဝဋ်က ဝဋ်

Frequência esperada (O - E) por categoria informada): 1.4

93 : (08/07/2017) 08:24 06 00 00 00 00 00 00 00 00 00

Q5XQB L : {орешкојуи фЕН ао бНшш шз} jерfеrе рсззрj-

အစဉ်အဆက်

Actualized no

ESPQ

14/02/2018 18:26

တရားရုံးချုပ်

ଆମ ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ

Paradise

043914

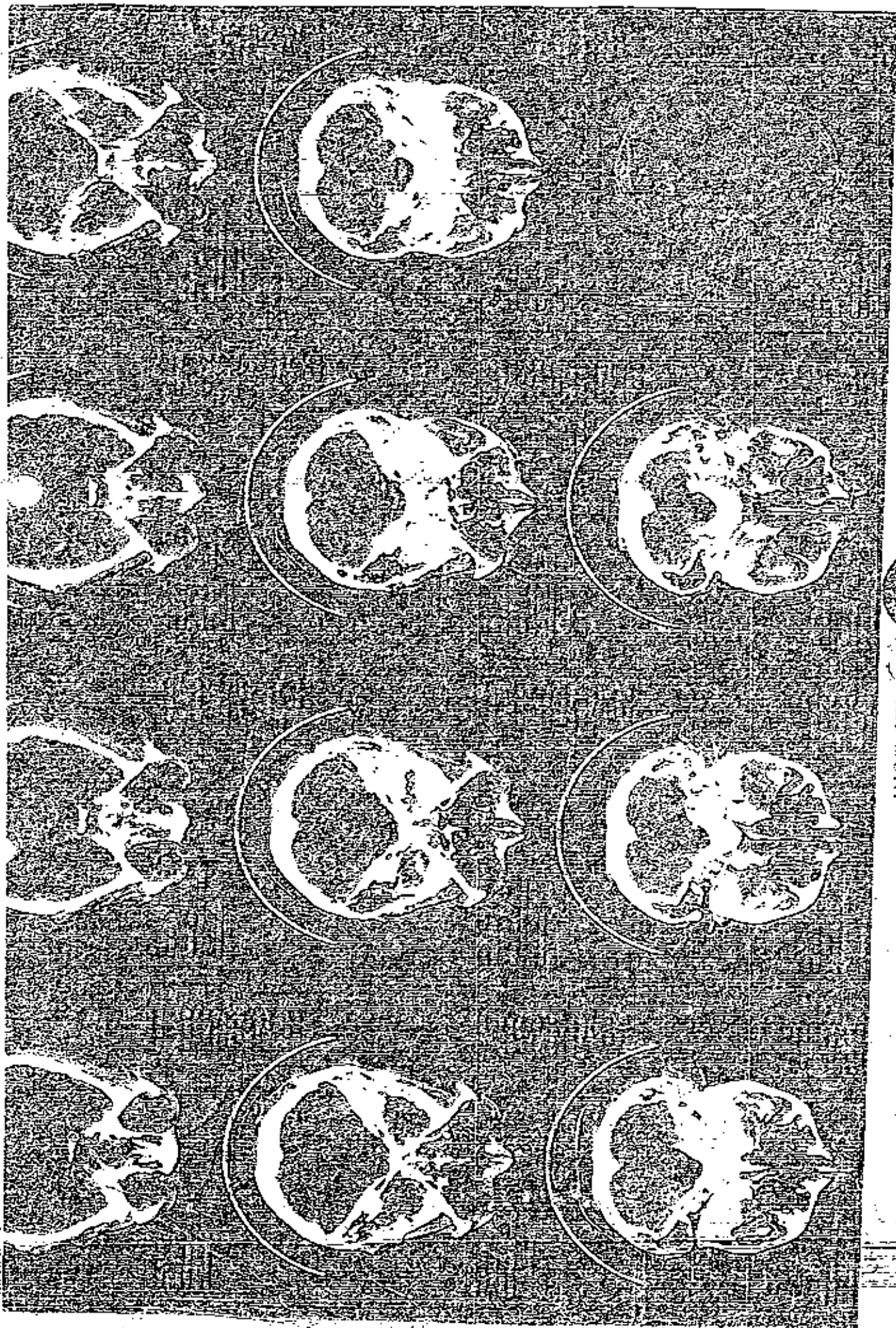
51015

Paradise

[Faint handwritten text at bottom]

$\frac{1}{2} \times 10^{-2}$

ELI DIAGNOSTICO
faz. heim



Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Médico:

Radiologista: P12832

Data: 14/02/2018

AV. GETÚLIO VARGAS, 509, CENTRO
FONE: (89) 3422-1235

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Tomografia computadorizada sem contraste venoso.

Achados:

Fratura posterior na linha média do osso parietal, se estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal, com hemotimpano à direita.
Hematoma subgaleal parietal na linha média e frontotemporal direito.
Discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3 cm.
Ausência de processo expansivo neoplásico parenquimatoso, hemorragia parenquimatosa aguda, desvio das estruturas da linha média ou apagamento das cisternas da base.
Sistema ventricular tóxico, com morfologia e dimensões preservadas.

Conclusão:

Laudo descritivo.

Dr. Fábio Augusto Costa Martins
Médico Radiologista
CRM PI - 2823

Documento assinado digitalmente em 14/02/2018 por Dr. Fábio Augusto Costa Martins

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 62.350.040-1 1 via DATA DE
EXPEDIÇÃO 30/06/2016

NOME
ZULEIDE DE SOUSA SILVA

PLACÃO
SIMÃO BENTO DA SILVA
MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA

NATURALIDADE
PAULISTANA - PI

DATA DE NASCIMENTO
19/10/1990

DESCRIÇÃO
PETROLINA-PE CURRAL QUEIMADO CN-LV.A05 /FLS.65 /Nº02885

CNPJ
056389903/48

Assinatura do Diretor
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

ALISTADO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

8400-4

52306936

Zuleide de Sousa Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.110 DE 28/06/83

001 2 Via

CPF: 21.454.403-3

SÃO JOÃO DE MERITI RJ

C. NASC LIV. IRDAV FLS 51 TERM 10/476

RIO DE JANEIRO

NAT. NUBEM

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

ANTONIO CARLOS MACHADO

DATA DE NASCIMENTO: 19/03/1989

REINTEIRO: 21.454.403-3

DATA DE EXPIRAÇÃO: 03/11/2015

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL

DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

0237

Polgar Direto

Assinatura: Eduardo Machado

001

2 Via

CPF: 21.454.403-3

SÃO JOÃO DE MERITI RJ

C. NASC LIV. IRDAV FLS 51 TERM 10/476

RIO DE JANEIRO

NAT. NUBEM

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

ANTONIO CARLOS MACHADO

DATA DE NASCIMENTO: 19/03/1989

REINTEIRO: 21.454.403-3

DATA DE EXPIRAÇÃO: 03/11/2015

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 012825467660

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 00872682188 EXERCÍCIO 2017

NOME WILTON DE SOUSA SILVA

CPF/CNPJ 05638990348 PLACA DRX-5528

PLACA ANT/UF DRX-5528 CHASSI 9C2JC30705R751132

ESPECIE TIPO CAR/MOTOCICLO/NEUTRINA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN JOB KS

ANO FAB 2005 ANO MOD 20

CAP/POT/CIL 012/012400 CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC COTA UNICA 1º PYA

Faixa LPVA PARCELAMENTO/COTAS 00000000 2º

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICOES OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA 09/03/2017

ASSINATURA DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE DO POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

PI Nº 012825467660 BILHETE DE SEGURO DPVAT

05638990348 DRX-5528 2017

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

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 12/01/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 05638990348 PLACA DRX-5528

RENAVAM 00872682188 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN JOB KS

ANO FAB 2005 ANO MOD 20 CHASSI 9C2JC30705R751132

PRÊMIO TARIFARIO 001,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 004,15 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 04/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI N° 012825467660
0120180000167 80154906601

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
025500c2c022c19c6f1b57143d38f87156b4b3012818

VIA 1 COD. RENAVAM 008726521R6 RNTC

NOME DO PROPRIETÁRIO
ZULEIDE DE SOUSA SILVA
RUA PROJETADA VINTE E OITO 00002
COHAB PI

CPF/CNPJ 05538990348 PLACA DRX-5528

NOME ANTERIOR
MARTINS DANIEL DE SOUSA

PLACA ANT/UF DRX-5528 CHASSI 9C2JC30705R751432

ESPECIE TIPO CAR/MOTOCICLO/NEUTRA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN JOE KS ANO FAB 2005 ANO MOD 2005

CAP/POT/CIL 01P/0124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES
0
SEM RESTRICOES

ACAO LOCAL 02/01/2018

ASSINATURA DO DETRAN - PI

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV -
AUTORIZAÇÃO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, -
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:**

VALORES

NOME DO COMPRADOR:

CNPJ/CNPJ

ENDEREÇO:

LOCAL E DATA:

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências, de acordo com a Lei de Comunicação (Lei Federal nº 9.303 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTRB).
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTRB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de dívidas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICAÇÃO.

DE ACORDO:

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 335 C.P.C.

SEGURO OBLIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE* OU POR SUA CARGA, A PESSOAS 1154 - TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RI Nº 013604222485 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO PRIVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO**

www.seguradoralider.com.br

[illegible]

EXERCÍCIO 1 DATA EMISSÃO -

VIA -- GPF / CNPJ --

ZULB - PLACA -

SALVADOR

Q5690490348	DRX-5520
RENAVAM	MATICA / MODEL

008728218U HONTA/C5 123 TAN JOE KS

9C2JC30705R781132

PREMIO TAFIFARIO		DENATIAO (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
1	100,00	1	100,00	1	100,00
2	200,00	2	200,00	2	200,00
3	300,00	3	300,00	3	300,00
4	400,00	4	400,00	4	400,00
5	500,00	5	500,00	5	500,00
6	600,00	6	600,00	6	600,00
7	700,00	7	700,00	7	700,00
8	800,00	8	800,00	8	800,00
9	900,00	9	900,00	9	900,00
10	1000,00	10	1000,00	10	1000,00

[illegible]

000,00	PAGAMENTO	000,00	DATA DE QUITAÇÃO + #
			180,30

QUOTA UNICA	PARCELADO	BTG 24/08/67
-------------	-----------	--------------

SEGUROADUHA LIDER • DPVAT
CNPJ 02.248.608/0001-04

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

—

NEELING

SEURADORA LÍDER - DPVAT

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

MEGLIO QUANTO PIÙ LE DADOE NEBBIOSE
C'AVANNO PER VEICOLI AUTOMOTORES DI
VIA VERGASTRI, QUORVA CARIDA, A PIÙ DASS
THANBORTMARE CU NAO - MEGLIO DI PIÙ!

◀ O SECONDO UN'OLTRE CENTO ANNI DI ESISTENZA, IL GRUPPO FIAT VEICOLI AUTOMOBILISTICI DI VIA TIRATTORE, SU FIAN S.p.A., È PRESENTATO IN UN'OPERA DI RINNOVAMENTO.

• **LEAD SOURCE** TOGETH WITH LEADERSHIP, THE TOP 100 COUNTRIES NATIONAL, BEING WITH INTERNATIONAL PRESSURE TO PROTECT.

◆ 1940-OS PRINCÍPIOS BÁSICOS DA COORDENAÇÃO, AÇÃO E MOVIMENTAÇÃO PRÓPRIA, E INCLUSÃO DO DEBATE SOBRE AVALIAÇÃO E INFLUÊNCIA DO GRUPO EM SUAS ATIVIDADES

[illegible]

MIDRIN (21)	DIAMIN (21)
GRVATIN (21)	
PAR 115 15.322,00	816 116 27.559,00
116 13 299,00	

[illegible][illegible]

(a) O autor, pesquisador em Antropologia Médica, desenvolveu pesquisas de campo em comunidades indígenas brasileiras, incluindo sua observação participante em um acampamento de deslocados de terras indígenas, onde examinou como os nativos lidavam com a doença. O autor se interessou por aspectos da cultura de saúde e doença, incluindo a percepção da doença, a busca por tratamento e o uso de remédios tradicionais e modernos. O autor também observou como a doença afetava a vida social e a organização comunitária. O autor discute as implicações dessas observações para a compreensão da saúde e doença em contextos indígenas e para a prática médica.

● PODERHO È UN BOLSONAUSO DOCUMENTO COMPLEMENTARE, NÓS TEMOS NA MÃO A NEOLÓGICA Nº 237012.

• **IMPORTANT:**

- NÃO É NECESSÁRIO ADOÇÃO DE MEDIDAS DE CONTROLE DE QUALIDADE INTERMITENTES PARA NÃO ENRIQUECER NO PRINCÍPIO DE INCENTIVAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DE AVALIAMENTO PROPOSTOS.

• OFICINADO POR CENOS - OBSERVANDO A ASSERÇÃO DE
AÇÚCAR E BULIMIA/INTIMID, EBTA UNIFICADO A VIDA DO
DIFERENTES DA TABELA QUE ATENDIAMOS REQUISITOS DO
ANEXO DA PRÁTICA Nº 27/2001?

o PRÊMIO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DO
MILITARIO: 70% DA QUOTA, A 10% PARA ATIVIDADES
DA DOBRO DA QUOTA DE 10% DA QUOTA

! INFORMAÇÕES ADICIONAIS

• O STUPELO DEPARTAMENTO PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DE VEICULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 6.104/1974, SENDO ENTE INTEGRANTE DO EQUIPAMENTO ANUAL DE VEICULOS.

• PRÁTICA DE MANEIRA DO BRASIL: UM OLHAR PARA O FUTURO DO BRASIL E O PAPEL DO EXERCÍCIO FÍSICO NA EDUCAÇÃO INFANTIL.

4. O SEQUÊNCIAMENTO GENÔMICO DE UM ORGANISMO EUCARIÓTICO É COMPLEXO E ENCARTEADO EM VÁRIAS ETAPAS. A PRIMEIRA ETAPA DO COMPLEXO É A OBTENÇÃO DE UM GENÓTIPO PURO, O QUE É NECESSÁRIO PARA A OBTENÇÃO DE UM GENÓTIPO PURO. A PRIMEIRA ETAPA DO COMPLEXO É A OBTENÇÃO DE UM GENÓTIPO PURO, O QUE É NECESSÁRIO PARA A OBTENÇÃO DE UM GENÓTIPO PURO.

VIRGILIO L. GARCIA
ISSUANTO CASI VOTABILI DO INVA. DE VINCENTO
DO INVOLTO L DO BEGNAT GIOCHETTA SCARTE N
MEINATA

© 1996 LEO WATSON, INC. ALL RIGHTS RESERVED. LEO WATSON, INC. IS A REGISTERED SERVICE MARK OF LEO WATSON, INC. FOR THE PAPER PRESSURE VACUUM TECHNOLOGY. LEO WATSON, INC. IS A REGISTERED SERVICE MARK OF LEO WATSON, INC. FOR THE PAPER PRESSURE VACUUM TECHNOLOGY. LEO WATSON, INC. IS A REGISTERED SERVICE MARK OF LEO WATSON, INC. FOR THE PAPER PRESSURE VACUUM TECHNOLOGY.

PARQUE NATURAL DE LA SIERRA DE GUADALUPE

• OMS ADOUPTA PROTOCOLO ESPECIAL DE TRIAGEM PARA APLICAÇÃO EM PSICOTRANQUILIZANTES. PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE AUTOSUICÍDIO.

[illegible]

ATENCIÓN AL PÚBLICO
VAC. PRIVAT 020 022 120
www.fundacionelbimil.com

0 **É DE FAMILIARIZAÇÃO**
 1 **COM O SISTEMA DE**
 2 **INFORMÁTICA, COM**
 3 **OS CONCEITOS DE**
 4 **TECNOLOGIA DA**
 5 **INFORMÁTICA, COM**
 6 **OS CONCEITOS DE**
 7 **TECNOLOGIA DA**
 8 **INFORMÁTICA, COM**
 9 **OS CONCEITOS DE**
 10 **TECNOLOGIA DA**
 11 **INFORMÁTICA, COM**
 12 **OS CONCEITOS DE**
 13 **TECNOLOGIA DA**
 14 **INFORMÁTICA, COM**
 15 **OS CONCEITOS DE**
 16 **TECNOLOGIA DA**
 17 **INFORMÁTICA, COM**
 18 **OS CONCEITOS DE**
 19 **TECNOLOGIA DA**
 20 **INFORMÁTICA, COM**
 21 **OS CONCEITOS DE**
 22 **TECNOLOGIA DA**
 23 **INFORMÁTICA, COM**
 24 **OS CONCEITOS DE**
 25 **TECNOLOGIA DA**
 26 **INFORMÁTICA, COM**
 27 **OS CONCEITOS DE**
 28 **TECNOLOGIA DA**
 29 **INFORMÁTICA, COM**
 30 **OS CONCEITOS DE**
 31 **TECNOLOGIA DA**
 32 **INFORMÁTICA, COM**
 33 **OS CONCEITOS DE**
 34 **TECNOLOGIA DA**
 35 **INFORMÁTICA, COM**
 36 **OS CONCEITOS DE**
 37 **TECNOLOGIA DA**
 38 **INFORMÁTICA, COM**
 39 **OS CONCEITOS DE**
 40 **TECNOLOGIA DA**
 41 **INFORMÁTICA, COM**
 42 **OS CONCEITOS DE**
 43 **TECNOLOGIA DA**
 44 **INFORMÁTICA, COM**
 45 **OS CONCEITOS DE**
 46 **TECNOLOGIA DA**
 47 **INFORMÁTICA, COM**
 48 **OS CONCEITOS DE**
 49 **TECNOLOGIA DA**
 50 **INFORMÁTICA, COM**
 51 **OS CONCEITOS DE**
 52 **TECNOLOGIA DA**
 53 **INFORMÁTICA, COM**
 54 **OS CONCEITOS DE**
 55 **TECNOLOGIA DA**
 56 **INFORMÁTICA, COM**
 57 **OS CONCEITOS DE**
 58 **TECNOLOGIA DA**
 59 **INFORMÁTICA, COM**
 60 **OS CONCEITOS DE**
 61 **TECNOLOGIA DA**
 62 **INFORMÁTICA, COM**
 63 **OS CONCEITOS DE**
 64 **TECNOLOGIA DA**
 65 **INFORMÁTICA, COM**
 66 **OS CONCEITOS DE**
 67 **TECNOLOGIA DA**
 68 **INFORMÁTICA, COM**
 69 **OS CONCEITOS DE**
 70 **TECNOLOGIA DA**
 71 **INFORMÁTICA, COM**
 72 **OS CONCEITOS DE**
 73 **TECNOLOGIA DA**
 74 **INFORMÁTICA, COM**
 75 **OS CONCEITOS DE**
 76 **TECNOLOGIA DA**
 77 **INFORMÁTICA, COM**
 78 **OS CONCEITOS DE**
 79 **TECNOLOGIA DA**
 80 **INFORMÁTICA, COM**
 81 **OS CONCEITOS DE**
 82 **TECNOLOGIA DA**
 83 **INFORMÁTICA, COM**
 84 **OS CONCEITOS DE**
 85 **TECNOLOGIA DA**
 86 **INFORMÁTICA, COM**
 87 **OS CONCEITOS DE**
 88 **TECNOLOGIA DA**
 89 **INFORMÁTICA, COM**
 90 **OS CONCEITOS DE**
 91 **TECNOLOGIA DA**
 92 **INFORMÁTICA, COM**
 93 **OS CONCEITOS DE**
 94 **TECNOLOGIA DA**
 95 **INFORMÁTICA, COM**
 96 **OS CONCEITOS DE**
 97 **TECNOLOGIA DA**
 98 **INFORMÁTICA, COM**
 99 **OS CONCEITOS DE**
 100 **TECNOLOGIA DA**
 101 **INFORMÁTICA, COM**
 102 **OS CONCEITOS DE**
 103 **TECNOLOGIA DA**
 104 **INFORMÁTICA, COM**
 105 **OS CONCEITOS DE**
 106 **TECNOLOGIA DA**
 107 **INFORMÁTICA, COM**
 108 **OS CONCEITOS DE**
 109 **TECNOLOGIA DA**
 110 **INFORMÁTICA, COM**
 111 **OS CONCEITOS DE**
 112 **TECNOLOGIA DA**
 113 **INFORMÁTICA, COM**
 114 **OS CONCEITOS DE**
 115 **TECNOLOGIA DA**
 116 **INFORMÁTICA, COM**
 117 **OS CONCEITOS DE**
 118 **TECNOLOGIA DA**
 119 **INFORMÁTICA, COM**
 120 **OS CONCEITOS DE**
 121 **TECNOLOGIA DA**
 122 **INFORMÁTICA, COM**
 123 **OS CONCEITOS DE**
 124 **TECNOLOGIA DA**
 125 **INFORMÁTICA, COM**
 126 **OS CONCEITOS DE**
 127 **TECNOLOGIA DA**
 128 **INFORMÁTICA, COM**
 129 **OS CONCEITOS DE**
 130 **TECNOLOGIA DA**
 131 **INFORMÁTICA, COM**
 132 **OS CONCEITOS DE**
 133 **TECNOLOGIA DA**
 134 **INFORMÁTICA, COM**
 135 **OS CONCEITOS DE**
 136 **TECNOLOGIA DA**
 137 **INFORMÁTICA, COM**
 138 **OS CONCEITOS DE**
 139 **TECNOLOGIA DA**
 140 **INFORMÁTICA, COM**
 141 **OS CONCEITOS DE**
 142 **TECNOLOGIA DA**
 143 **INFORMÁTICA, COM**
 144 **OS CONCEITOS DE**
 145 **TECNOLOGIA DA**
 146 **INFORMÁTICA, COM**
 147 **OS CONCEITOS DE**
 148 **TECNOLOGIA DA**
 149 **INFORMÁTICA, COM**
 150 **OS CONCEITOS DE**
 151 **TECNOLOGIA DA**
 152 **INFORMÁTICA, COM**
 153 **OS CONCEITOS DE**
 154 **TECNOLOGIA DA**
 155 **INFORMÁTICA, COM**
 156 **OS CONCEITOS DE**
 157 **TECNOLOGIA DA**
 158 **INFORMÁTICA, COM**
 159 **OS CONCEITOS DE**
 160 **TECNOLOGIA DA**
 161 **INFORMÁTICA, COM**
 162 **OS CONCEITOS DE**
 163 **TECNOLOGIA DA**
 164 **INFORMÁTICA, COM**
 165 **OS CONCEITOS DE**
 166 **TECNOLOGIA DA**
 167 **INFORMÁTICA, COM**
 168 **OS CONCEITOS DE**
 169 **TECNOLOGIA DA**
 170 **INFORMÁTICA, COM**
 171 **OS CONCEITOS DE**
 172 **TECNOLOGIA DA**
 173 **INFORMÁTICA, COM**
 174 **OS CONCEITOS DE**
 175 **TECNOLOGIA DA**
 176 **INFORMÁTICA, COM**
 177 **OS CONCEITOS DE**
 178 **TECNOLOGIA DA**
 179 **INFORMÁTICA, COM**
 180 **OS CONCEITOS DE**
 181 **TECNOLOGIA DA**
 182 **INFORMÁTICA, COM**
 183 **OS CONCEITOS DE**
 184 **TECNOLOGIA DA**
 185 **INFORMÁTICA, COM**
 186 **OS CONCEITOS DE**
 187 **TECNOLOGIA DA**
 188 **INFORMÁTICA, COM**
 189 **OS CONCEITOS DE**
 190 **TECNOLOGIA DA**
 191 **INFORMÁTICA, COM**
 192 **OS CONCEITOS DE**
 193 **TECNOLOGIA DA**
 194 **INFORMÁTICA, COM**
 195 **OS CONCEITOS DE**
 196 **TECNOLOGIA DA**
 197 **INFORMÁTICA, COM**
 198 **OS CONCEITOS DE**
 199 **TECNOLOGIA DA**
 200 **INFORMÁTICA, COM**
 201 **OS CONCEITOS DE**
 202 **TECNOLOGIA DA**
 203 **INFORMÁTICA, COM**
 204 **OS CONCEITOS DE**
 205 **TECNOLOGIA DA**
 206 **INFORMÁTICA, COM**
 207 **OS CONCEITOS DE**
 208 **TECNOLOGIA DA**
 209 **INFORMÁTICA, COM**
 210 **OS CONCEITOS DE**
 211 **TECNOLOGIA DA**
 212 **INFORMÁTICA, COM**
 213 **OS CONCEITOS DE**
 214 **TECNOLOGIA DA**
 215 **INFORMÁTICA, COM**
 216 **OS CONCEITOS DE**
 217

SUSEP
DISQUE • BUSBIP
0000 021 8484
WWW.BUSBIP-ONLINE.COM

SUPLENIR/RECONSTRUIR DE VEÍCULOS PERDIDOS;
 RECONSTRUIR VEÍCULOS ACIDENTADOS; POLÍCIA DELEGADA;
 MOVIMENTAÇÃO E CONDIÇÕES DOS VEÍCULOS E
 DESEJO DE RECONSTRUIR UM VEÍCULO ACIDENTADO, ENFERMOS

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO -

— IPVA - 14,1 COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA -

-IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICĂ ÎN MECHANICĂ

MULTAS DE TRÂNSITO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

11/11/11 11:11 AM 11/11/11 11:11 AM

DEFINITION

0320180000162

Nº 012825467660

00154905504

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

023500c2c022018c0fabb87e4ddc68e871361b3012818

☐ VTA

1 00972692 APR 4

-ANTAC

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

SUA PROJETADA VINTE E OITO 00003
CONAB

05638990348

PLATE
DE V. 5. 21

MARTINS DANIEL DE SOUSA

PLACA ANT/UF
DRX-552B

9C2JC30705R75E132

ESPECIE TAO
CAR/MOTO/CICLO/NENHUMA

COMBUSTIBLE
GASOLINE

MARCA/MODELO
HONDA/CG 125 FAM JOB, K5

AND FAB 2005 AND MO 2005

01P/0124GC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PEETA

OBSERVATIONS

SEMP-RESTRICTED

FINAUA

LOCA

10/27/2018

FILED: BUREAU OF THE COMMISSIONER

Downloaded by [193.50.135.80]

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV -
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN.
TRANSFERIR O REGISTRO DESTES VEÍCULO, PARA:

VALORES

NOME DO COMPRADOR:

RG: _____
CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

R) O vendedor tem a obrigação legal de fornecer a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser responsabilizado solidariamente pelas penalidades impostas a quem infringir a legislação até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração (Art. 263 do CTB).
c) É obrigatório o recolhimento de taxas de aquisição e de venda, em nome do comprador, na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____
ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 329 DO CC.

АУТЕНТИКАЦИЯ МЕХАНИКИ

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190166409**

Nome do(a) Examinado(a): **ZULEIDE DE SOUSA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

r joaquim r de sousa, 389 - centro - Acauã - PI - CEP 64748-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PI**] **62350040-1**

Data e local do acidente: [**14/02/2018**] **ACAUÃ - PIAUÍ**

Data e local do exame: [**19/03/2019**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo cranioencefálico

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

Paciente apresenta déficit auditivo a direita. Paralisia facial a direita. Crises fortes de cefaléia, frequentes. Em uso de analgésico diariamente.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Submetida a tratamento conservador. Refere alta médica.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Paciente consciente, orientada, apresenta déficit auditivo a direita. Paralisia facial a direita. Movimentos de membros preservados. Crises fortes de cefaléia e tontura frequentes, em uso de analgésicos diariamente.

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

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

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

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

☐ "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Cranio facial

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

Região Corporal (Sequela):

Audição direita

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

Região Corporal (Sequela):

Neurológico

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400419/18

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Data do acidente: 14/02/2018

CPF: 056.389.903-48

CPF de: Próprio

Títular do CPF: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros

ZULEIDE DE SOUSA SILVA : 056.389.903-48

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocoladas como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/11/2018
Nome: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
CPF: 056.389.903-48

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400419/18

Número do Sinistro: 3180517699

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

CPF: 056.389.903-48

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 14/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

Outros



ZULEIDE DE SOUSA SILVA : 056.389.903-48

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/12/2018
Nome: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
CPF: 056.389.903-48

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2018
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400419/18

Número do Sinistro: 3180517699

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

CPF: 056.389.903-48

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Outros



Data do acidente: 14/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ZULEIDE DE SOUSA SILVA : 056.389.903-48

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/01/2019
Nome: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
CPF: 056.389.903-48

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

em Zulu de soure selva
galito contatos de seguidores
lider Poma dos andamentos no
meu seguro de invalidez e
Pomila meditante

Zulu de soure selva
sinistro 3180517699
RG.62.350.040-1
CPF 056 389 903 48
Telefones: 89994589385
81994301836

Endereço: Rua Joaquim Rodrigues
de Souza
Nº 399
bairro: Centro de Aloua Pion

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190166409

Cidade: Acauã

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Data do acidente: 14/02/2018

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico

Descrição do exame físico: Paralisia facial a direita. Refere crises fortes de cefaleia, frequentes. Em uso de analgésico diariamente.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento conservador. Refere alta médica.

Sequelas permanentes: Cranio-facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/03/2019

Conduta mantida:

Observações: Paciente apresenta déficit auditivo a direita nas frequências acima de 3.000 Hz (audiometria de 01/02/2019 - não atinge níveis de perda indenizáveis)
Refere crises fortes de cefaleia, frequentes. Em uso de analgésico diariamente.
Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190166409 **Cidade:** Acauã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Zuleide de Sousa Silva brasileiro (a)
 estado civil: casada profissão: — carteira de identidade
 nº 62.350.049-1 órgão expedidor: SSP - RJ
 C.P.F. nº 036.389.903-49 residente • domiciliado
R. 9 de Abril e Leopoldina nº SIN bairro Parque
 Cidade Alcaçuz no Estado de PIAUÍ, pelo presente
 Instrumento particular de procuração, na melhor e boa forma de direito,
 nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador.

OUTORGADO:

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO, Brasileiro, solteiro, Empresário,
 Carteira de identidade nº 21.454.403-3 DIC/RJ, CPF 120.281.807-22, residente
 e domiciliado na Rua João de Castro, Nº 816, Catuá, Nilópolis - RJ, CEP:
 28.640-300.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante
 nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim
 especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio
 Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito
 o Sr.º (a) Zuleide de Sousa Silva

Ocorrido em 14/02/2018 conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

O intuito desta Procuração é dar Poderes ao Outorgado para representar-me
e cadastrar o processo junto as Seguradoras do Consórcio Dvot e
Seguradora Litor.

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do
Outorgante.

Paulistana / Pl. 10 de Abril de 2018

Zuleide de Sousa Silva

(OUTORGANTE)

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
 Josileide Rodrigues de Oliveira
 Escrevente Substituta
 Município e Comarca de Paulistana - PA

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS
 PETRÔNIA MOREIRA DE CARVALHO - TABELIÃ
 CNPJ 06.734.267/0001-39 - DMS - ET 957-4

AVENIDA MIGUEL ARCANJO CAVALCANTE CENTRO - Nº 160 PAULISTANA - PAU

RECONHEÇO POR AUTENTICAÇÃO A FIRMA DE ZULEIDE DE SOUSA SILVA,
 EM TEST. CR DA VERDADE. DOU FE PAULISTANA, 10/04/2018 18:26:37

JOSILEIDE RODRIGUES DE OLIVEIRA - ESCRIVENTE SUBSTITUTA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336302/18

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

CPF: 056.389.903-48

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 14/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO : 120.281.807-22

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ZULEIDE DE SOUSA SILVA : 056.389.903-48

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/09/2018
Nome: EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO
CPF: 120.281.807-22

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2018
Nome: Marcilene de Souza Barroso
CPF: 085.102.737-74

Marcilene de Souza Barroso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400419/18

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

CPF: 056.389.903-48

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 14/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ZULEIDE DE SOUSA SILVA : 056.389.903-48

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/11/2018
Nome: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
CPF: 056.389.903-48

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190166409

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Data do Acidente: 14/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190166409

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Data do Acidente: 14/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ZULEIDE DE SOUSA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

056.389.903-48

Nome completo da vítima

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ZULEIDE DE SOUSA SILVA		CPF titular da conta 056.389.903-48		Profissão NEGOU-SE
Endereço Rua Joaquim R. de SOUSA		Número 389	Complemento	
Bairro CENTRO	Cidade Araçuaia	Estado PIAUÍ	CEP 64.798-000	
E-mail			Telefone (DDD) (89) 99401-1044	

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

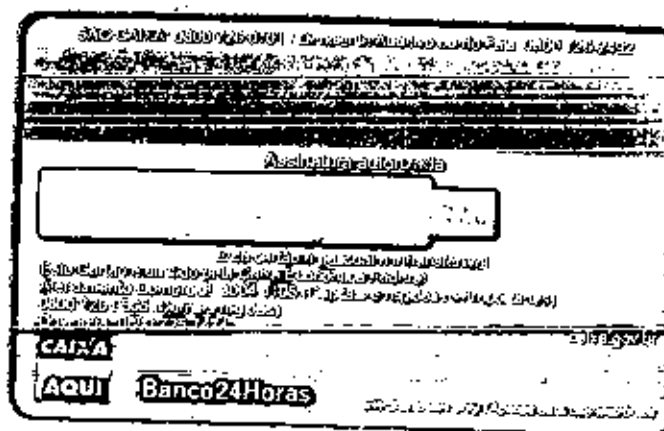
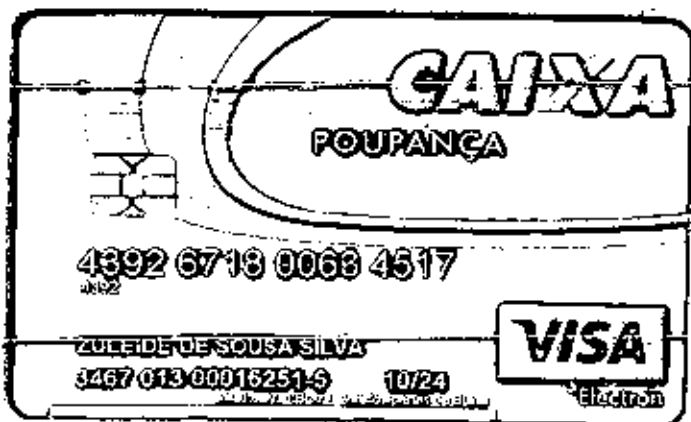
FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCOS Nome CAIXA ECONÔMICA Agência 3467 D/V (informar dígito se existir)		BANCOS Nome CAIXA ECONÔMICA Agência 24649 D/V 9 (informar dígito se existir)		BANCOS Nome CAIXA ECONÔMICA Agência 3467 D/V (informar dígito se existir)		BANCOS Nome CAIXA ECONÔMICA Agência 24649 D/V 9 (informar dígito se existir)	

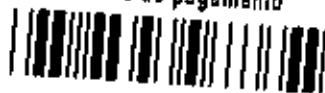
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Piauí, 01 de Setembro de 2018
Local e Data

X Zuleide de Sousa Silva



Autorização de pagamento



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0721204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: 3180426784 CPF da Vítima: 056.389.903-48 Nome completo da vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>ZULEIDE DE SOUSA SILVA</u>		CPF titular da conta <u>056.389.903-48</u>	Profissão <u>ORIENTADORA - CRAS</u>
Endereço <u>R. JOAQUIM R DE SOUSA 389</u>		Número	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>ACAUÃ</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64748-000</u>
Email <u>pousasilvazuleide@gmail.com</u>		Telefone (DDD) <u>(99) 993740843</u>	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRASILESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO Nome <u>CAIXA ECONOMICA FEDERAL</u>		NICK <u>304</u>	
AGÊNCIA NRQ <u>3467</u>	D/V	CONTA NRQ <u>003 - 24649</u>	D/V <u>9</u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

ACAUÃ-PI, 23 de NOVEMBRO de 2018.

Local e Data

Autorização de pagamento



Zuleide de Sousa Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Autorização de pagamento



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

3180426784

CPF da Vítima

056.389.903-48

Nome completo da vítima

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ZULEIDE DE SOUSA SILVA	CPF titular da conta 056.389.903-48	Profissão ORIENTADORA - CRAS
Endereço R. JOAQUIM R DE SOUSA 389	Número	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade ACAUÃ	Estado PI
Email dousasilvazuleide@gmail.com	CEP 64748-000	Telefone (DDD) (99) 993740841

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome NRO.
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
3467 **003 - 24649**
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

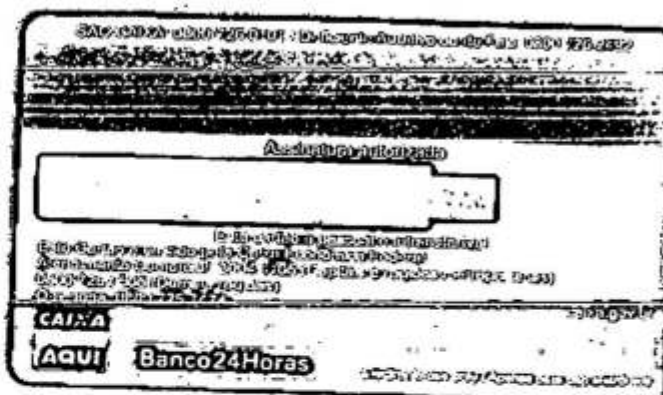
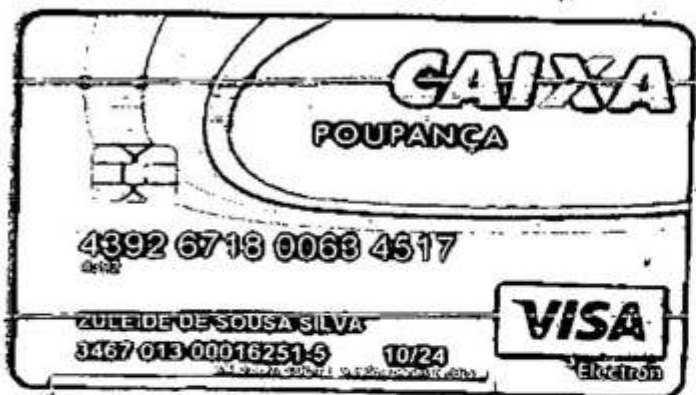
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

ACAUÃ-PI, 23 de NOVEMBRO de 2018.

Local e Data

Zuleide de Sousa Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180517699
Nome do(a) Examinado(a): Zuleide de Sousa Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Joaquim R de Sousa, 389
Centro Acaua PI CEP: 64748-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 62350040
Data local do acidente: [14/02/2018]
Data local do exame: [29/01/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**RAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-FRATURA POSTERIOR NA LINHA MEDIA DO OSSO PARIETAL
-HEMATOMA SUBDURAL FRONTAL ESQUERDO
-FRATURA DA MASTOIDE DIREITA**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: DANO FACIAL
Data da Alta: 14/02/2018**

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

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM FACE, COM CEFALIA, PTOSE PALPEBRAL A DIREITA ASSOCIADO A PERCA AUDICAO A DIREITA , PARESTESIA FACIAL DIREITA , PERCA DO PALADAR, SEM LIMITACOES NEUROLÓGICAS DIAGNOSTICADAS.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☐ () Sim ☒ (X) Não

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

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

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

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

☒ (X) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias

☐ () "Sem seqüela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**PACIENTE RELATA PERCA AUDITIVA A DIREITA APOS TRAUMA FACIAL E TCE POREM NAO FOI REALIZADO ATE O MOMENTO AUDIOMETRIA.
ORIENTO REALIZACAO DE AUDIOMETRIA**

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
COMANDO DE POLICIAMENTO DO SEMI-ÁRIDO - CPSA
20 BPM - PAUISTANA - PI
GRUPAMENTO DE POLÍCIA MILITAR DE ACAUÃ - PI - GPM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO
NUMERO DA OCORRÊNCIA: 006/2018 DATA DO REGISTRO: 03/04/2018 (Terça-feira)
UNIDADE RESPONSÁVEL: Grupamento Policial Militar de Acauã - PI.
COMANDANTE DO GPM: GENIVALDO MIGUEL DE SOUSA - CB PM.

DADOS DO INFORMANTE

NOME: Simião Bento da Silva
NATURALIDADE: Brasileiro ESTADA CIVIL: Divorciado
PROFISSÃO: Aposentado RG: 1.733. 867 SSP/BA CPF: 229.430.30-325
FILIAÇÃO: Bento Antonio da Silva e Osana Martina da Silva.
NATURALIDADE: Paulistana Pi
DATA DE NASCIMENTO: 28/10/1955
IDADE: 62 anos
LOCAL DA RESIDÊNCIA: Av. Deusdedite Cavalcante s/nº Bairro Centro.
CIDADE: Acauã - PI CEP 64748-000

HISTORICO DA OCORRENCIA

O informante acima Comunicou: Que na data de 14 de Fevereiro de 2018 conduzindo a sua motocicleta de placa DRX 5528 Acauã PI de RENAVAN 00872682188 cor Preta chassi 9C2JC30705R751132 ano Fab. 2005 modelo 2005 em nome da proprietária Zuleide de Sousa Silva, chegando na entrada que dá acesso a Barra do Angical a sua filha Zuleide de Sousa Silva de RG 62.350.040-1 e CPF de 056.389.903.-48, quando de carona em sua Motocicleta, quando de repente o seu vestido enganchou na coroa da corrente chegando cair no meio da BR em cima da via de rolagem, e com os exames médicos constatou que teve 3 fratura na crânio e que quebrou um osso no ouvido direito e por isso a boca da mesma zuleide ficou torta e que a fratura atingiu o lado esquerdo da parte do ouvido. Razão pela qual procurou esta Unidade de Polícia para registrar o ato e solicitar o presente boletim da ocorrência.

Era o que tinha a registrar para que produza seus efeitos legais, cujo teor fielmente transcrevi. Eu
GENIVALDO MIGUEL DE SOUSA, escrivão Ad-Hoc, digitei e assino.

DADA E LAVRADA nesta cidade de Acauã - PI, GPM de Acauã - PI, aos 03 de Abril de 2018.

GENIVALDO MIGUEL DE SOUSA CB PM
RESP. PELO GPM
RGPM 10.11685/94

Simião Bento da Silva

NOTICIANTE
SECRETARIA LIDER DEPUT R Assembleia 180 13-SET-2018 17:40 039331 1/1



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
COMANDO DO SEMIÁRIDO - CPSA
20 BPM - PAULISTANA - PI

GRUPAMENTO DE POLÍCIA MILITAR DE ACAUÁ-PI
Av. Profª Maria Lina de Araújo, s/nº, centro, Tel. (89)3493-0028 (89) 994294139



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO
NUMERO DA OCORRÊNCIA: 006/2018 DATA DO REGISTRO: 14/02/2018 (Quarta feira)
UNIDADE RESPONSÁVEL: Grupamento Policial Militar de Acauá PI.
COMANDANTE DO GPM: GENIVALDO MIGUEL DE SOUSA CB PM.

DADOS DO INFORMANTE

NOME: Simião Bento da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Divorciado
PROFISSÃO: Aposentado. RG. 1.733.867 SSP-BA e CPF 229.430.303.25
FILIAÇÃO: Bento Antonio da Silva e Osana Martina da Silva.
NATURALIDADE: Paulistana PI
DATA DE NASCIMENTO: 28/10/1955.
IDADE: 62 anos
LOCAL DA RESIDÊNCIA: Av. Deusdedita Cavalcante s/nº Bairro Centro
CIDADE: Acauá - PI. CEP 64.748-000

RECEBIDO

31 OUT 2018

Seguradora Líder DPVAT

HISTORICO DA OCORRÊNCIA

O informante acima Comunicou: Que na data de 14 de fevereiro de 2018 conduzindo a sua motocicleta de placa DRX 5528 Acauá PI, de RENAVAN 00872682188 chassi 9C2JC30705R751132 ano Fab.. 2005 modelo 2005 em nome da proprietária Zuleide de Sousa Silva de RG 62.350.040-1 e CPF 056.389.903-48 quando de carona em sua motocicleta, quando de repente o seu vestido enganchou na coroa da corrente e chegando cair no meio da BR 407 em cima da via de rolagem, e com os exames médicos constatou que teve 3 fratura no crânio e que quebrou um osso no ouvido Razão pela qual procurou esta Unidade de Polícia, para registrar o fato e solicitar o presente boletim da ocorrência.

Era o que tinha a registrar para que produza seus efeitos legais, cujo teor fielmente transcrevi. Eu Genivaldo Miguel de Sousa escrivão Ad-Hoc, digitei e assino.

DADA E LAVRADA nesta cidade de Acauá - PI, GPM de Acauá - PI, aos 14 de fevereiro de 2018

Genivaldo Miguel de Sousa CB PM
GENIVALDO MIGUEL DE SOUSA.
CMT DO GPM.
RG. 1011685-94-PMPÍ

Simião Bento da Silva
NOTIFICANTE

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS

PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELIA

CNPJ: 08.734.350/0001-05 - END: 37151-4

AVENIDA WILSON ARAÚJO CAVALCANTE, CENTRO, Nº 157, PAULISTANA - PIAUÍ

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDO

NOTAS EM TESTE DA VERDADE DOUFE, PAULISTANA, 22/02/2018 11:02:21

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

ENOCHE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVÃO

Encl. 2,35

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Enoque Marcelino de Moraes Neto

ESCRIVÃO AUTORIZADO

Paulistana - Piauí

14-ABR-35423