

Controle de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Pro x 0800328-78.2020.8.18.01 x Download file | iLovePDF x + -

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=491054&ca=bb3163e28f2190d93ab81d381ca2cf... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... - Questões de conc...

Pje ProceComCiv 0800328-78.2020.8.18.0078  
TÉREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS

9787430 - CONTESTAÇÃO (2720159 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 19/05/2020 21:06:47

19 May 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 9786132 - CONTESTAÇÃO
    - 9787430 - CONTESTAÇÃO (2720159 CONTESTACAO 01)
    - 9787431 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2720159 CONTESTACAO Anexo 02)
    - 9787432 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 9787435 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
    - 9787436 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

21:06

36 de 36

2720159- C3/ 2020-01869/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE VALENÇA DO PIAUI/PI

Ativar o Windows  
ativar o Windows.

protocolo.pdf protocolo.pdf Exibir todos

21:07 19/05/2020



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE VALENCA DO PIAUI/PI**

**Processo:** 08003287820208180078

**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 **TEREZA MARIA DA CONCEICAO 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

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **03/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **26/10/2019**.

Cumprido 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, 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/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

### 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/2015<sup>2</sup>.

## DO MÉRITO

### 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, CPC<sup>3</sup>.

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

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

<sup>3</sup>“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)

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

### **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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, 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.

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 irretroatável 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, discorrendo 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), 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 **03/08/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

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 parciais<sup>4</sup>.

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 STJ<sup>5</sup>.

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.

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

---

<sup>4</sup> RECURSO 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.

<sup>5</sup> **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.”

## 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 pátrios<sup>6</sup>, 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.

## 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 citação<sup>7</sup>.

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 ação<sup>8</sup>

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

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.

---

<sup>6</sup>“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).

<sup>7</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>8</sup> **art. 1º. (...)**

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

## 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,

VALENCA DO PIAUI, 11 de maio de 2020.

**EDNAN SOARES COUTINHO**  
**1841 - OAB/PI**

## QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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 graduação (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 cursam 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					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 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 **TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **VALENCA DO PIAUI**, nos autos do Processo nº 08003287820208180078.

Rio de Janeiro, 11 de maio 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

**H** | **R**  
**E** | **P**

**SUS**

ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA  
VALENÇA DO PIAUÍ - PI

RECEITUÁRIO

Nome: TERESA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizeram necessário que a Sra. Teresa Maria da Conceição Silva realize tratamento fisioterapêutico no ambulatório do HREP para reabilitação de punho e mão D após fratura do rádio e da ulna distal. A mesma paciente se submete a cirurgia aberta com fixação das fraturas com pinos metálicos. Após tratamentos fisioterapêuticos a mesma recebeu alta na presente data.

VALENÇA - PI

Data: 22/11/2019

Felício Rebelo

CREFITO: 70375-F

Fisioterapeuta

Médico - CRM

**VACINE SEU FILHO AGORA, PARA NÃO SE ARREPENDER DEPOIS**



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
**REGISTRO DE OCORRÊNCIA - SAMU 192**



**USB**

DATA: 03.08.19 Hora: 15:57

NOME DO PACIENTE: Tereza Maria da Conceição  
 SEXO: ( ) MASC. (X) FEM. IDADE: 58 anos  
 ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Rua 72 de Maio

CONTROLE DO TEMPO		
Saída da Base <u>15:57</u>	Chegada ao Local <u>16:02</u>	Saída do Local <u>16:05</u>
Chegada ao Hospital <u>16:09</u>	Saída do Hospital <u>16:21</u>	Chegada a Base <u>16:27</u>

**TIPO DE OCORRÊNCIA:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito | <input type="checkbox"/> Agressão Física        | <input type="checkbox"/> Ferimento Arma Branca |
| <input type="checkbox"/> Choque Elétrico                 | <input type="checkbox"/> Choque Elétrico        | <input type="checkbox"/> Envenenamento         |
| <input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica             | <input type="checkbox"/> Queda                  | <input type="checkbox"/> Mal Súbito            |
| <input type="checkbox"/> Urgência Pediátrica             | <input type="checkbox"/> Queimadura             | <input type="checkbox"/> Queda                 |
| <input type="checkbox"/> Urgência Psiquiátrica           | <input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo | <input type="checkbox"/> Já Removido           |
| <input type="checkbox"/> Afogamento                      | <input type="checkbox"/> Urgência Clínica       | <input type="checkbox"/> Falso Chamado         |
| <input type="checkbox"/> Acidente animal peçonhento      | <input type="checkbox"/> Intoxicação Exógena    | <input type="checkbox"/> Óbito                 |

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

- Alerta
- Responde ao Comando
- Responde a Dor
- Sem Resposta

**PUPILAS**

- Iguais
- Desiguais

**SANGRAMENTO**

- Ausente
- Mínimo
- Moderado
- Intenso

**FALA**

- Normal
- Confusa
- Nenhuma

**PULSO RADIAL:**

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Forte   | <input type="checkbox"/> Ausente         |
| <input type="checkbox"/> Fraco   | <input checked="" type="checkbox"/> Leve |
| <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Moderado        |
|                                  | <input type="checkbox"/> Intenso         |

SINAIS VITAIS	1ª Verificação	2ª Verificação
Hora		
P.A	<u>138/90</u>	
Pulso	<u>57</u>	
Respiração	<u>20</u>	
Saturação O <sub>2</sub>	<u>98%</u>	
Glic. Capilar	<u>121mg/dl</u>	
Temperatura		

**OBSERVAÇÕES:**

Det. Viminária, 58 anos, vítima de infarto de miocárdio agudo com sintomas de natureza de mto. Obs a norma está ausente, orientada mas ainda instável.

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aspiração                | <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades | <input type="checkbox"/> Ass. Obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Oxigênio                 | <input type="checkbox"/> Prancha                      | <input type="checkbox"/> Hemostasia      |
| <input type="checkbox"/> Reanimação Cardio-Resp.  | <input type="checkbox"/> Colar Cervical               | <input type="checkbox"/> Curativo        |
| <input type="checkbox"/> Ventilação Artificial    | <input type="checkbox"/> KED                          |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Monitorização | <input type="checkbox"/> Acesso Venoso-Solução        |  |
| <input type="checkbox"/> Outros                   |   |  |

**CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Melhorando | <input type="checkbox"/> Severa Gravidade  | <input type="checkbox"/> Indeterminado              |
| <input type="checkbox"/> Estável               | <input type="checkbox"/> Média Gravidade   | <input type="checkbox"/> Óbito antes do Socorro     |
| <input type="checkbox"/> Não melhorado         | <input type="checkbox"/> Pequena Gravidade | <input type="checkbox"/> Óbito durante o socorro    |
| <input type="checkbox"/> Coma                  | <input type="checkbox"/> Ileso             | <input type="checkbox"/> Óbito durante o transporte |

**MEDICAÇÃO ADMINISTRADA:**

PACIENTE ACOMPANHADO: ( ) SIM (X) NÃO

HOSPITAL DE DESTINO: Hospital de Referência  
 CIDADE: Valença

Dr. Rafael Barbosa Vieira  
 Médico  
 CRM-PI 6067  
 Profissional Receptor do Hospital

Tereza Maria JOK 8  
 Médica Enfermeira  
 Cond. - Kolder

**TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA** CPF: 395.438.543-00 - RG: 909748 - SUS: 209545734250009  
Nasc.: 14/10/1960 Idade: 58 ANOS, 9 MESES, 20 DIAS Profissão: LAVRADOR Civil: OUTROS CEP: 64300-000  
End.: ADALBERTO ILARIO DE MORAIS, 72 - CASA Bairro: VALE VERDE Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI  
Cor: PARDA Telefone: ( ) - Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO Pai: FRANCISCO FERREIRA DO VALE

Clinica: **CLINICA GERAL** Demanda: DEMANDA ESPONTANEA Atendimento de **URGÊNCIA**

**Procedimentos**  
0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA  
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

**História Clínica/Exame físico:** Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
ALCOOLISMO. TRAUMA MOTOCICLISTICO  
 Internação

**Exames Complementares:** GIB 260W 25

**Diagnóstico provável:**

FRATURAS MÚLTIPLAS DISTAIS D'

**Prescrição Médica:**

- 1) TRAMAL 50mg/ml - 2,0ml + 100ml SP 0,9% - EV - 32gt/ml
- 2) DIFENIDRAMINA 500mg/ml - 0,5 Amp + AD - EV - 160mg
- 3) VOLTAREN 75mg - 0,2 Amp - IM - 160mg
- 4) CCG6 + JJW

**Anotações da Classificação de Risco** Hora: 16:11:41

**Prioridade:**  
 Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não Urgente

**Queixa/História:** TRAUMA MOTOCICLISTICO

**Alergias:** **Medicação Usual:**

PA: 140X90 mmHg TAX: 0°C FR: 0 mrpm SAT 02: 0 Dor:  
FC: 0 bpm Glicemia: 0 mg/dl Peso: 0 kg ECG: 0

**Observação:**

**Conduta:** ENC CLINICO GERAL

417797 - LÍVIA KELLY DA SILVA  
Enfermeiro Responsável

**Dados da Alta** Hora:  
 Alta  Óbito  Evasão  Transferencia **Destino:**

Dr. Rafael Barbosa Vieira  
Médico  
CRM-PI 6057

Nome: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SI  
Idade: 58a 11m 25d  
Data: 09/10/2019  
Solicitante: LUCIANO SILVA CORTEZ  
Convênio: PARTICULAR  
Código: 6577

---

**RX PUNHO DIREITO (02 INC)**

**RELATÓRIO:**

**Grafias realizadas através de aparelho gessado, evidenciam:**

- Material metálico de síntese fixando fratura no terço distal do rádio.
- Fratura em consolidação no terço distal da ulna.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.



**Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto**  
CRM 3255



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

### FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
Tereza Maria da Conceição Silva				03/06/19		
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML 10 ML	02			BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML	02			ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12				ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA				USO DA SALA		
Defermante + Solução 100ml				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				OPERAÇÃO Intercorreção de canal distal		
COLETOR DE URINA				CIRURGIÃO Dr. Ronaldo		
ESCOVA COM DEGERMANTE	03			AUXILIAR		
ATADURA COM CREPOM	03			ANESTESISTA Dr. Almeida		
ATADURA GESSADA				TIPO DE ANESTESIA Sedação		
ATROPINA				INSTRUMENTADOR		
KETALAR				OCORRÊNCIAS		
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA						
LIDOCAÍNA						
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL (propofol) 0,5						
DIPIRONA	02					
CEFAZOLINA (cefalotina) 500mg 02						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
AMINA K						
TAMINAA						
CITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE - Gaze						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE - Eu de Kichenner 2,5						
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL						
LUVA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0,9%						
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM						

MÉDICO: Dr. Ronaldo  
 ENFERMEIRA(O): *[assinatura]*  
 TÉC. ENFER. *[assinatura]*

Hospital Regional Justino Luz  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 [assinatura]

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

### FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <i>Adriana Maria da R. R. R. R.</i>					Nº DE REGISTRO						
DATA: <i>09/05/18</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA					
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLUCEMIA	DOS. URÉIA					
EXAMES DE URINA											
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA											
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA						
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE					
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO							
ESTADO MENTAL				CORICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO						
RE-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS	EFEITOS						
					TOTAL DE DOSES						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					SEQUÊNCIA					
LÍQUIDOS	SO. UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 100										
TEMPERATURA T	C° 38										
P. ARTERIAL V O PULSO											
INICIO E FIM ANESTESIA X											
INICIO E FIM OPERAÇÃO											
RESPIRAÇÃO O											
SÍMBOLOS							DURAÇÃO <i>08 min</i>				
TÉCNICAS <i>Sedação</i>							INCIDENTE / ACIDENTE <i>Sem intervenção</i>				
OPERAÇÕES <i>Exatoma de punho</i>											
CIRURGIÕES <i>Fernando</i>											
ANESTESISTAS <i>Daniel R. 5463</i>											
							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:				
PARTICULARIDADES											



Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - Fone: (89)3422-1314 /1610 CEP:64601-391 - Picos-PI  
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR -CCIH

### SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

PACIENTE: <i>Carla Maria de Conceição Jesus</i>		IDADE:
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA: <i>14</i>	LEITO: <i>72</i>
MÉDICO ASSISTENTE:		
ANTIBIÓTICO SOLICITADO (POSOLOGIA): <i>Cefotima 1g</i>		
DURAÇÃO DO TRATAMENTO: <i>7 dias</i>		
JUSTIFICATIVA: <i>1º episódio de síndrome de risco dental</i>		
ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS:	PERÍODO:	

FUNÇÃO RENAL NORMAL?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
FUNÇÃO HEPÁTICA NORMAL?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
REALIZOU CULTURA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO:		

ANTIBIOGRAMA	<i>[assinatura]</i>
SENSÍVEL A:	
RESISTENTE A:	

DATA: 09/08/19

\_\_\_\_\_  
MÉDICO CARIMBO

PARECER DA CCIH: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CCIH

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CCIH



**NUM. SOLICITAÇÃO:** TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA -  
201908031127493  
**STATUS:** REGULADA

## Informações Gerais

- Paciente:** TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA - 209545734250009 - 14/10/1960 (58 anos), Valença do Piauí. Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO
- Leito:** Hospital Regional Justino Luz (Picos/PI) (/estabelecimentos/37)
- Class. Risco:** Muito urgente

## VISÃO GERAL

### Estab. Solicitante

Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)

### Médico Solicitante

RAFAEL BARBOSA VIEIRA

### Usuário Solicitante

Usuário Padrão

### Senha

201908031127493

### Observação Solicitante

: RAFAEL BARBOSA VIEIRA em 03/08/2019 16:46

### Observação Executante

: Djane Maria Barbosa da Silva em 03/08/2019 16:41

### Caráter

Urgência

### Tipo de Leito

Ortopedia e Traumatologia

### CIDs

Fratura do antebraço, parte não especificada

### Procedimentos

### Descrição Clínica

Paciente, 58 anos, vítima trauma motociclistico evolui com ALGIA e EDEMA PUNHO/ MÃO D. Ao EF: Glasgow 15 / PA: 140 x 90 / SatO2 96% / FC: 72bpm. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA RÁDIO DISTAL D. O aparelho de Rx da unidade encontra-se defeituoso.

### Protocolo de Atendimento

Pressão Sistólica: 140

Pressão Diastólica: 90

Saturação (%): 96




Frequência Cardíaca (bpm): 72

*Rafael Barbosa Vieira*  
Médico  
CRM-PI 6057

*Djane Kelly Silva*  
Enfermeira  
COREN-PI 227791

VISÃO GERAL

Informações Gerais

-  Paciente: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA - 209545734250009 - 14/10/1960 (58 anos). Valença do Piauí. Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO
-  Leito: Hospital Regional Justino Luz (Picós/PI) (/estabelecimentos/3T)
-  Class. Risco: Muito urgente

Estab. Solicitante	Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)
Médico Solicitante	RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Usuário Solicitante	Usuário Padrão
Senha	201908031127493
Observação Solicitante	
Observação Executante	: Djane Maria Barbosa da Silva em 03/08/2019 16:41
Caráter	Urgência
Tipo de Leito	Ortopedia e Traumatologia
CIDs	Fratura do antebraço, parte não especificada
Procedimentos	
Descrição Clínica	Paciente, 58 anos, vítima trauma motociclistico evolui com ALGIA e EDEMA PUNHO/ MÃO D. Ao EF Glasgow 15 / PA: 140 x 90 / SatO2 96% / FC: 72bpm. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA RÁDIO DISTAL D. O aparelho de Rx da unidade encontra-se defeituoso.
Protocolo de Atendimento	Pressão Sistólica: 140 Pressão Diastólica: 90 Saturação (%): 96 Frequência Cardíaca (bpm): 72 Frequência Respiratória (rpm): 16 Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 15 Assistência Ventilatória: nao_faz_uso

Observações

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
03/08/2019 15:41	Djane Maria Barbosa da Silva - Estab: Hospital Regional Justino Luz	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento
03/08/2019 16:39	Danubia de Sousa Brandão - Regulador Internação - SESAPI	Regulada	
03/08/2019 16:38	Danubia de Sousa Brandão - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
03/08/2019 16:21	RAFAEL BARBOSA VIEIRA - Estab: Hospital Regional Eustáquio Portela	Pendente	

Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 15

Assistência Ventilatória: nao\_faz\_uso

Observações

### Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
03/08/2019 16:46	RAFAEL BARBOZA VIEIRA - Estab: Hospital Regional Eustáquio Portela	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento Solicitante
03/08/2019 16:41	Djane Maria Barbosa da Silva - Estab: Hospital Regional Justino Luz	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento
03/08/2019 16:39	Danubia de Sousa Brandão - Regulador Internação - SESAPI	Regulada	
03/08/2019 16:38	Danubia de Sousa Brandão - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
03/08/2019 16:21	RAFAEL BARBOSA VIEIRA - Estab: Hospital Regional Eustáquio Portela	Pendente	

*[Faint, illegible text or stamp]*



# 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, e-mail: HRJL@HRJL.PI.GOV.BR

Atendimento: E0125950



INTERNADO

Coletado:

Data: 05/08/2019

Paciente: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Médico(a): JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

Convênio: SUS

Leito: C14/72 Enfermaria: 14

Sexo: FEMININO

Idade: 58 A 9 M 20 D

Impresso: 05/08/2019

## HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

### ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,81 milhões/mm <sup>3</sup>	4,5 a 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA	12,3 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	36,8 %	40 a 52 %
VCM	96,59 $\mu^3$	80 a 100 $\mu^3$
HCM	32,28 pg	26 a 34 pg
CHCM	33,42 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

### LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	8,400 mm <sup>3</sup>	4.500 a 11.000 /mm <sup>3</sup>
MIELÓCITOS	00 %	0
METAMIELÓCITOS	00 %	0
BASTONETES	00 %	0
SEGMENTADOS	70 %	5,88
BASÓFILOS	00 %	0
EOSINÓFILOS	02 %	0,168
LINFÓCITOS	23 %	1,932
MONÓCITOS	05 %	0,42
LINFÓCITOS ATÍPICOS	00 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	321,000 /mm <sup>3</sup>	150.000 a 400.000 / $\mu$ L

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL:

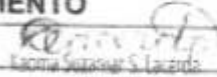

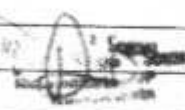















Coletado: 05/08/2019 - 10:54:00

Liberado: 05/08/2019 - 11:29:24

0313-MARIA AUXILÍUM RODRIGUES DE ARAUJO LEITE

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

## ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE		Tereza Maria de Conceição Silva	
ALA:	ENFERMARIA:	LEITO:	PRONTUÁRIO Nº:
DATA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO		
04/03/19	Atendimento nutricional realizado  Fabiana S. Lacerda NUTRICIONISTA CRNP - 10286		
05/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
06/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
07/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
08/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
09/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
10/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
11/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
12/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
13/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
14/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
15/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
16/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
17/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
18/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
19/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
20/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
21/03/19	Atendimento nutricional realizado 		

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

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA**

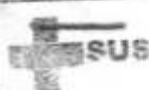
Usuário: Tereza Maria da Penha Silveira Prontuário: \_\_\_\_\_

D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M  F

Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_ Data Cirurgia: 08/08/19

Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes da saída de paciente da sala cirúrgica
<p>(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)</p>	<p>(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)</p>	<p>(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)</p>
<p>O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento a seu consentimento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função</p>	<p>Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:</p>
<p>O local está demarcado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p>	<p><input type="checkbox"/> Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão</p>	<p><input type="checkbox"/> O nome do procedimento</p>
<p>Foi concluída a verificação do equipamento de anesthesiologia e da medicação?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p>	<p><input type="checkbox"/> A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas</p>
<p>O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:</p>	<p><input type="checkbox"/> A identificação das amostras (ter as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)</p>
<p>O paciente possui:</p>	<p><input type="checkbox"/> Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?</p> <p><input type="checkbox"/> Qual quantidade de perda de sangue prevista?</p>	<p><input type="checkbox"/> Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos</p>
<p>Alergia conhecida?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Para o anestesiológico:</p>	<p>Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:</p>
<p>Via aérea difícil ou risco de aspiração</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, equipamentos/assistência disponíveis</p>	<p>Para a equipe de enfermagem:</p>	<p><input type="checkbox"/> Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?</p>
<p>Risco de perda sanguínea &gt; 500ml (7ml/kg para crianças)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos</p>	<p><input type="checkbox"/> Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?</p> <p><input type="checkbox"/> Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; text-align: center; padding-top: 50px;">                 assinatura-COREN             </div>
<p>Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p>		





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 JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES  
4009622

4 - CNES  
4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
209545734250009

8 - DATA DE NASCIMENTO  
14/10/1960

9 - SEXO  
Masc.  1  Fem.  X 2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
416554

10 - NOME DA MÃE

FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

11 - TELEFONE DE CONTATO  
(89) 9993-94302

12 - ENDEREÇO

VALE VERDE, 0 - ZONA RURAL

14 - COD. IBGE MUNICIPIO

2211308

15 - UF

PI

16 - CEP

64300-000

13 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA

VALENCA DO PIAUI

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFQUEM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( x ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE 38 -

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÁNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA 41 -

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

M220800C\*1

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

**Dr. Osvaldo Alves Costa**  
Médico Auditor SMS - Pícea  
Cartão SUS 100.590.547.830.000  
CPF: 011.541.413-49/CRM-PI 31

Assinatura paciente/Responsável

*[Handwritten signature]*

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

**RELATÓRIO CIRÚRGICO**

NOME DO PACIENTE	<i>Tereza Maria da Conceição Silva</i>	SEXO	APT°	LEITO
PRONTUÁRIO	<i>416 554</i>	CONVÊNIO	<i>SUS</i>	DATA
				HORA

**DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO**

*Fratura de rádio distal ①*

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

DATA	<i>08/08/19</i>	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA	<i>osteossíntese</i>	CIRURGIA REALIZADA	<i>A mesa</i>
TIPO DE CIRURGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA	<input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA			

**DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO**

*1) Corte e dilação dorsal sob a extensor carpi ulnaris  
2) Lavagem + aspiração do líquido articular  
3) Redução + fixação por técnicas C/ fio  
de Kirschner  
3) Anestesia + imobiliz joelho*

*[Handwritten signature]*

*[Circular stamp: Hospital Regional Justino Luz, Picos-PI]*

**INTERCORRÊNCIAS**

ANTIBIOTERAPIA:  NÃO  SIM      ANATOMIA PATOLÓGICA:  NÃO  SIM

QUAIS: \_\_\_\_\_ Nº DE PEÇAS: \_\_\_\_\_ LOCALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

MATERIAIS ESPECIAIS:  NÃO  SIM      SÍNTESE/TIPO: \_\_\_\_\_      ÓRTESE/TIPO: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS UTILIZADOS**

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
ANESTESISTA		

CIRURGIÃO	CREMEB	ASSINATURA
1º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA
2º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA

Atendimento	1062778
Data:	03/08/2019
Hora:	23:33

## BOLETIM DE ADMISSÃO

**416554 - TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA**

VIUVO(A) - Sexo: FEMININO - Nascimento: 14/10/1960 - Cor/Raça: 03-PARDA

58 A,9 M,20 D

Clínica: ORTOPEdia Enfermaria: 14- ORTOPEdia - F Leito: C14/68 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 4602 - FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO

CPF: 395.438.543-00 RG: 909748 CNS: 209545734250009 SIS Prenatal: Beiró: ZONA RURAL

Endereço: VALE VERDE, N° 0 - CEP: 64300-000

Cidade: 2211308- VALENCA DO PIAUI/PI Profissão: Telefone: (89) 9993-94302

Pai: FRANCISCO FERREIRA DO VALE Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

Responsável: ROSANGELA FERREIRA DO NASCIMENTO - 89999394302 - AMIGA

Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

### Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido \_\_\_\_\_

Hospital Regional Justino Luz  
COMPARTILHADO ORIGINAL

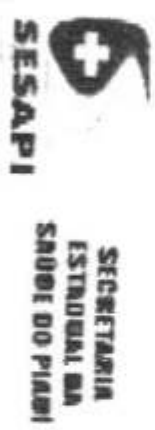
### História Clínica

Diagnóstico Provável

FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO







NOME:

HD: *Fy* *Paolo*

DATA: *05* / *08* / *2019* **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

1. DIETA LIVRE
2. JELCO SALINIZADO
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 OJ | PAD > 100 MMHG
4. DIPIRONA 01 G + ADEV 6/6 h S/N
5. ONDANSETRONA 8MG + ADEV 8/8 S/N
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N
7. TILATIL 40MG + ADEV 12/12H
8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ
9. SSVV + CCGG

ALAC *14*

APTO

LEITO *202*

R. MET.

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

*Menopausa*

*do sistema*

*condição de saúde regular, sendo  
 QUISSE MAS E COM USAR  
 ALCOOL E TABACOS, RECEBER  
 tratamento de cuidados  
 com o sistema de saúde.*

*Dr. Lívio Patrício Júnior  
 Médico Geriatra  
 CRM 104.127 M F  
 R. 100, 100, 111*











REGISTRO DE ENFERMAGEM  
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

Tereza Maria da Conceição Silva

CIRCULANTE: Fernandes SALA Nº \_\_\_\_\_

ENTRADA NA SO \_\_\_\_\_ INÍCIO DA ANESTESIA: 16:50 INÍCIO DA CIRURGIA 17:00

SAÍDA DA SO \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA ANESTESIA \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA CIRURGIA \_\_\_\_\_

CIRURGIA PROPOSTA: \_\_\_\_\_

CIRURGIA REALIZADA: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO \_\_\_\_\_ ANESTESIOLOGISTA: Daniel INSTRUMENTADOR \_\_\_\_\_

ASSISTENTES: 1º \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**MONITORIZAÇÃO**

**SINAIS VITAIS INÍCIO:** PA 138x62 SATO 100% FC 99 bpm

**SINAIS VITAIS TÉRMINO:** PA 138x62 SATO 95% FC 98 bpm

**SIMBOLOS**

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

**TIPO DE ANESTESIA**

BLOQUEIO - SEDAÇÃO

BLOQUEIO AXILAR

BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2

BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX

BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20

BLOQUEIO PERIBULBAR

GERAL COMBINADA

GERAL INALATÓRIA

GERAL VENOSA

LOCAL

PERIDUAL

SEDAÇÃO

SEDAÇÃO + LOCAL

TÓPICA

GERAL

COM CATETER

SEM CATETER

MÁSCARA LARINGEA Nº \_\_\_\_\_

OUTRAS \_\_\_\_\_

TUBO ENDOTRAQUEAL Nº \_\_\_\_\_

COM CUFF

SEM CUFF

**POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA**

DORSAL

VENTRAL

GINECOLÓGICA

LITÔMICA

LATERAL ESQUERDO

LATERAL DIREITO

SENTADA

SEMI-FOWLER

TRENDELEBURG

**PREPARO DA PELE**

DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR

PVPI DEGERMANTE

PVPI ALCOOLICO

EQUIPE MÉDICA

SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA

CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO

EQUIPE ENFERMAGEM

PVPI TÓPICO

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

CATETERISMO VESICAL

TRICOTOMIA

PASSAGEM SNG

FUNÇÃO VENOSA

ASPIRAÇÃO

GLICEMIA CAPILAR \_\_\_\_\_ mg/dl

MSD

MSE

OUTROS \_\_\_\_\_

SONDA URETRAL Nº \_\_\_\_\_

SONDA FOLEY Nº \_\_\_\_\_

COLETOR

LANCETA \_\_\_\_\_ UND

UROSTOP

AP BARBEAR \_\_\_\_\_ UND

SNG Nº \_\_\_\_\_

Sonda de Aspiração Nº \_\_\_\_\_

JELCO Nº \_\_\_\_\_

**GARROTEAMENTO**

TIPO  FAIXA DE SMARCH \_\_\_\_\_ UNID

GARROTE PNEUMÁTICO \_\_\_\_\_ mmHg

NÃO SE APLICA

LOCALIZAÇÃO  BRAÇO

ANTEBRAÇO

COXA

PANTURRILHA

TEMPO INÍCIO \_\_\_\_\_ TÉRMINO \_\_\_\_\_

**SERVIÇOS SOLICITADOS**

ANATOMIA PATOLÓGICA

LABORATÓRIO

RX

NÃO

SIM

INTENSIFICADOR DE IMAGEM

LOCAL \_\_\_\_\_

OUTROS \_\_\_\_\_

Nº DE FRASCOS \_\_\_\_\_

NÃO SE APLICA



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: *Felipe How do Coutinho*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 09/08/19

HD:

ALIA	APTO	LETO	R. MET.
<i>14</i>		<i>2</i>	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

1. DIETA LIVRE			
2. JELCO SALINIZADO			
3. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 6H			
4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6H, SN			
5. TRAMADOL 100 mg + SE 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS			
6. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAID> 110 MMHG			
7. ONDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS			
8. TILATIL 20 MG+ AD, EV, 12/12 H			
9. SSVV+ CCGG			
<i>10. Fx Antibio AP 100</i>			
<i>11. celastrol 10 + AP 10</i>			

*Alto Hospital*

*[Signature]*  
 UF: PIAUÍ  
 Otopneumonia  
 número 8  
 1333  
 1333  
 1333

*[Signature]*  
 Felipa Lays Alves de Silva  
 ENFERMEIRA  
 1333



HEALTH INFORMATION SYSTEMS  
FONE (11) 5082-1111  
www.antoniobonfim.com.br

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**300D.FDE2.EA20.C798**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:41:01 do dia 11/12/2015 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

LEI Nº 7.116 DE 2009 - DECRETO Nº 69.290/93

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL 909.748 DATA DE EMISSÃO 31/03/16

COGNOME TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

NOME FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO  
FRANCISCO FERREIRA DO VALE

NACIONALIDADE VALENÇA DO PIAUI-PI DATA DE NASCIMENTO 14/10/1960

DOC. CIVIL CERT. CASAM. 15128 L. 384 F. 132  
EXP. TERESINA PI 02/10/00

CPF 95.438.543-00

Assinatura do Titular

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



*Tereza Maria da Conceição Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR  
0638176

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**395.438.543-00**

Nome

**TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA**

Nascimento

**14/10/1960**



VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 1342-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CARLOS GUMBERTON DAUNT

Jose Ivan de Oliveira

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROTETOR SOCIAL 36.100.495-3 DATA DE EMISSÃO 10/DEZ/98

NOME JOSE IVAN DE OLIVEIRA

AVULSO IVO TRAJANO DE OLIVEIRA

E IDA MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA

RESIDÊNCIA VALÊNCIA DO PIAUI -PI DATA DE NASCIMENTO 17/SET/1972

CPF VALÊNCIA DO PIAUI/PI

VALÊNCIA DO PIAUI

CN:LV.A003/FLS.057U/N.001927

MINISTERIO DO DIRETORIA DE IDENTIFICACAO


MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Nº de Inscrição 411758243-72

Data do Nascimento 17/09/72



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura  
Jose Ivan de Oliveira

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 23/12/98

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**300D.FDE2.EA20.C798**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:41:01 do dia 11/12/2015 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

LEI Nº 7.116 DE 2009 - DECRETO Nº 69.250/93

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL 909.748 DATA DE EMISSÃO 31/03/16

NOME TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO  
FRANCISCO FERREIRA DO VALE

NACIONALIDADE VALENÇA DO PIAUI-PI DATA DE NASCIMENTO 14/10/1960

DOC. OBRIGATÓRIO CERT. CASAM. 15128 L 388 F 132

CPF EXP. TERESINA PI 02/10/00

TERESINA 95.438.543-00

Assinatura do Titular

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



*Tereza Maria da Conceição Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR  
0638176

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**395.438.543-00**

Nome

**TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA**



Nascimento  
**14/10/1960**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 1342-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CARLOS GUMBERTON DAUNT

Jose Ivan de Oliveira

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROTÓTIPO Nº 1000

DATA DE EMISSÃO: 10/DEZ/98

NOME: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

ENDEREÇO: IVO TRAJANO DE OLIVEIRA  
E IDA MARIA DA CONCEIÇÃO  
OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 17/SET/1972

VALÊNCIA DO PIAUI -PI

VALÊNCIA DO PIAUI/PI

CN: LV.A0003/FLS.057U/N.001927

SECRETARIA DO INTERIO



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Nº de Inscrição: 411758243-72

Data do Nascimento: 17/09/72

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura: Jose Ivan de Oliveira

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 23/12/98



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012507995027  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 00197243894 IN.T.R.C. EXERCÍCIO 2016

NOME MARIA DO O SILVA

CPF / CNPJ 27427625315 PLACA NMZ-3769

PLACA ANT. / UF NMZ-3769 CHASSI 9C2JC41109R035527

ESPECIE TIPO CAS/MOTOCICLE/NEHUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB 2009 ANO MOD 2009

CAP / POT / OIL 02P/0124CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE AZUL

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

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º IPVA

3º IPVA

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICOES OBSERVAÇÕES DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL VALENCA DO PIAUI DATA 21/09/2016

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

PI Nº 012507995027 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 21/09/2016

VIA 1 CPF / CNPJ 27427625315 PLACA NMZ-3769

RENAVAM 00197243894 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB 2009 CIC TIME 09 Nº CHASSI 9C2JC41109R035527

PRÊMIO TARIFÁRIO

TMS (R\$) 000,00 DENATRAN (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 TOTAL BENS RESEGURADOS (R\$) 292,01

PAGAMENTO  COTA ÚNICA  PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 21/09/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.808/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

DENATRAN

CONTRAN

CNPJ 09348808000104

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383134/19

**Vítima:** TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

**CPF:** 395.438.543-00

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 03/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** TEREZA MARIA DA  
CONCEICAO SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Comprovantes de despesas médicas  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outras

### JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA : 395.438.543-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/11/2019  
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA  
CPF: 411.758.243-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413535/19

**Vítima:** TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

**CPF:** 395.438.543-00

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 03/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** TEREZA MARIA DA  
CONCEICAO SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA : 395.438.543-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**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.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019  
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA  
CPF: 411.758.243-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190654855 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA **Data do acidente:** 03/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RADIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.  
P-5-15-23

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190654855 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA **Data do acidente:** 03/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RADIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.  
P-5-15-23

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: Teresa Maria da Conceição Silva			
Nacionalidade: Brasileira		Estado Civil: Solteira	Profissão: Recusou
RG: 909.748	Org. emissor SSP/PI	D. Expedição 31/03/2016	CPF: 395.438.543-00
Endereço: Rua Adalberto Ilário de Moraes		72	Bairro: Urbano
Cidade: Valença		Estado: Pi	CEP: 64300-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: José Ivan de Oliveira			
Nacionalidade: Brasileiro		Estado Civil: Casado	Profissão: Recusou
RG: 36.100.495-3	Org. emissor SSP-SP	D. Expedição 10/12 /1998	CPF:411.758.243-72
Endereço: Rua Antonino de Sousa Martins		Nº 187	Bairro: Vale Verde
Cidade : Valença		Estado: PI	CEP: 64330-000

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima. **Teresa Maria da Conceição Silva**

Local / data: Valença do Piauí- Pi, 25 de Outubro de 2019

*X Teresa Maria da Conceição Silva*

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI  
Rua Eurípedes Martins, 368 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3485-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FORMA DE: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. VALENCA DO PIAUI-PI. 30/10/2019. Esol.:3,85 TJ:0,77 FIMP:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 Selo:abt.69130 (F180P20)

Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa-ESCREVENTE

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa  
Escrevente Autorizada

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413535/19

**Vítima:** TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

**CPF:** 395.438.543-00

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 03/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** TEREZA MARIA DA  
CONCEICAO SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA : 395.438.543-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**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.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019  
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA  
CPF: 411.758.243-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

---

**Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190654855**

**Vítima: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA**

**Data do Acidente: 03/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), TEREZA MARIA DA CONCEICAO 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, 11 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190654855**

**Vítima: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA**

**Data do Acidente: 03/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000002761-8**

Conta: **000510006806-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 395.438.543-00 4 - Nome completo da vítima: Teresa Maria Da Conceição Silva

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

5 - Nome completo: Teresa Maria Da Conceição Silva 6 - CPF: 395.438.543-00  
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Adalberto Ilário De Moraes 9 - Número: 72 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Urbano 12 - Cidade: Valença 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64300-000  
15 - E-mail: jose.ivan35@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (89)999260020

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:**

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

**21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)**

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itau (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2761 8 CONTA: 510.006.806 6 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Valença Do Piauí - PI, 25 De Outubro De 2019

*Teresa Maria Da Conceição Silva*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*José Ivan de Oliveira*  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:25:50  
27621933 0217

SAQUE DE POUPANÇA

CLIENTE: TERESA MARIA DA CONCEIÇÃO  
AGÊNCIA: 2761-8                      CONTA: 510.006.806-6

=====

DATA	04/09/2019
NR. DOCUMENTO	276.100
VALOR TOTAL	

=====

NR. AUTENTICAÇÃO                      B.553.593.7B9.F3B.6B2  
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO.  
ENTRE OUTRAS INFORMAÇÕES.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 395.438.543-00 4 - Nome completo da vítima: Teresa Maria Da Conceição Silva

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

5 - Nome completo: Teresa Maria Da Conceição Silva 6 - CPF: 395.438.543-00  
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Adalberto Ilário De Moraes 9 - Número: 72 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Urbano 12 - Cidade: Valença 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64300-000  
15 - E-mail: jose.lvan35@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (89)999260020

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:**

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

**21 - DADOS BANCÁRIOS:**  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itau (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2761 8 CONTA: 510.006.806 6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Valença Do Piauí - PI, 25 De Outubro De 2019

*Teresa Maria Da Conceição Silva*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*José Ivan de Oliveira*  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:25:50  
27621933 0217

SAQUE DE POUPANÇA

CLIENTE: TERESA MARIA DA CONCEIÇÃO  
AGÊNCIA: 2761-8                      CONTA: 510.006.806-6

=====

DATA	04/09/2019
NR. DOCUMENTO	276.100
VALOR TOTAL	

=====

NR. AUTENTICAÇÃO                      B.553.593.7B9.F3B.6B2  
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO.  
ENTRE OUTRAS INFORMAÇÕES.



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.001066/2019-04**

Unidade de Registro: DP DE VALENÇA DO PIAUI

Resp. pelo Registro: Francisco Cleyton Mateus De Sousa

Data/Hora: 26/10/2019 - 11:44

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUI

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUI

Endereço

RUA PRIMEIRO DE MAIO, PROX. À GRANJA MOREIRA., Nº:

Complemento

55 73 90

55 73 92 - 2

Data/Hora

03/08/2019 - 15:57

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ANTONIO VIRGINIO FERREIRA LOPES

Endereço: RUA ADALBERTO ILÁRIO DE MORAIS, Nº 72

Complemento: VALE VERDE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VALENÇA DO PIAUI

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEICULO/Noticiante

Nome: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

Endereço: RUA ADALBERTO ILÁRIO DE MORAIS, Nº 72

Complemento: VALE VERDE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VALENÇA DO PIAUI

Tipo Envolv.: VITIMA

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:  
 1 - HONDA. CG 125 FAN KS

Ano: Placa: Chassi:  
 NMZ3769

Renavam: Cor:  
 00197243894 Azul

Condutor: ANTONIO VIRGINIO FERREIRA LOPES  
 End: RUA ADALBERTO ILÁRIO DE MORAIS Número: 72 Complemento: VALE VERDE  
 Cidade: VALENÇA DO PIAUI UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

Ciente das consequências civis e criminais, compareceu a esta Delegacia de Polícia para comunicar que no dia, hora e local acima mencionados, perdeu o controle de sua motocicleta, vindo a cair juntamente com sua companheira, a senhora Tereza Maria da Conceição Silva que, segundo registro de ocorrência -SAMU, RX punho direito e relatório cirúrgico, verificou-se fratura no "terço distal do rádio" do braço direito. OBS: condutor não habilitado. É o registro.

*Francisco Cleyton Mateus De Sousa*  
 Francisco Cleyton Mateus De Sousa - Mat.  
 AGENTE DE POL

*Antonio Virginio Ferreira Lopes*  
 ANTONIO VIRGINIO FERREIRA LOPES - Noticiante  
 Responsável pela Informação

*Lucy Nelso Luiz Parreira*  
 Lucy Nelso Luiz Parreira  
 Delegado Geral de Polícia Civil-PI  
 Mat.: 196.331-7

*Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa*  
 Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa  
 Delegada de Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí

Rua Euripides Martins, 368 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.306-000 - Fone: (88) 2465-1171  
 CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS. DOU FE EM TEST. DA VERDADE.  
 VALENÇA DO PIAUI-PI, 29/10/2019.  
 Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVENTE  
 Emol.:2,48 TJ:0,50 FPG:0,06 Selos:0,26 Total:3,30  
 Selo:abx.29982 (F18XV42)





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.001066/2019-04**

Unidade de Registro: DP DE VALENÇA DO PIAUI

Resp. pelo Registro: Francisco Cleyton Mateus De Sousa

Data/Hora: 26/10/2019 - 11:44

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUI

Tipo Local

VIA PÚBLICA 561660

Município

VALENÇA DO PIAUI

Endereço

RUA PRIMEIRO DE MAIO, PROX. À GRANJA MOREIRA., Nº:

Complemento

55 73 90

55 73 92 - 2

Data/Hora

03/08/2019 - 15:57

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ANTONIO VIRGINIO FERREIRA LOPES

Endereço: RUA ADALBERTO ILÁRIO DE MORAIS, Nº 72

Complemento: VALE VERDE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VALENÇA DO PIAUI

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEICULO/Noticiante

Nome: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

Endereço: RUA ADALBERTO ILÁRIO DE MORAIS, Nº 72

Complemento: VALE VERDE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VALENÇA DO PIAUI

Tipo Envolv.: VITIMA

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA.	CG 125 FAN KS		NMZ3769		00197243894	Azul

Condutor: ANTONIO VIRGINIO FERREIRA LOPES  
End: RUA ADALBERTO ILÁRIO DE MORAIS Número: 72 Complemento: VALE VERDE  
Cidade: VALENÇA DO PIAUI UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

Ciente das consequências civis e criminais, compareceu a esta Delegacia de Polícia para comunicar que no dia, hora e local acima mencionados, perdeu o controle de sua motocicleta, vindo a cair juntamente com sua companheira, a senhora Tereza Maria da Conceição Silva que, segundo registro de ocorrência -SAMU, RX punho direito e relatório cirúrgico, verificou-se fratura no "terço distal do rádio" do braço direito. OBS: condutor não habilitado. É o registro.

*Francisco Cleyton Mateus De Sousa*  
Francisco Cleyton Mateus De Sousa - Mat.  
AGENTE DE POL

*Antonio Virginio Ferreira Lopes*  
ANTONIO VIRGINIO FERREIRA LOPES - Noticiante  
Responsável pela Informação

*Lacy Keiko Leal Paraíba*  
Lacy Keiko Leal Paraíba  
Delegada Geral de Polícia Civil-PI  
Mat.: 198.331-7

*Ana Claudia Melo Lopes Chaves Barbosa*  
Selo: abx. 29982 (F180F42)  
Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí  
Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171



CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS. DOU FE EM TEST. DA VERDADE.  
VALENÇA DO PIAUI-PI, 29/10/2019.  
Ana Claudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVENTE  
Emol.: 2,48 TJ: 0,50 FINE: 0,06 Selo: 0,26 Total: 3,30  
Selo: abx. 29982 (F180F42)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 395.438.543-00 4 - Nome completo da vítima: Teresa Maria Da Conceição Silva

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

5 - Nome completo: Teresa Maria Da Conceição Silva 6 - CPF: 395.438.543-00  
 7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Adalberto Ilário De Moraes 9 - Número: 72 10 - Complemento: Casa  
 11 - Bairro: Urbano 12 - Cidade: Valença 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64300-000  
 15 - E-mail: jose.ivan35@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (89)999260020

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 2761 8 CONTA: 510.006.806 6 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (pai/nascido)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
 38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, Valença Do Piauí - PI, 25 De Outubro De 2019

*Teresa Maria Da Conceição Silva*  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*José Ivan de Oliveira*  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 395.438.543-00 4 - Nome completo da vítima: Teresa Maria Da Conceição Silva

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

5 - Nome completo: Teresa Maria Da Conceição Silva 6 - CPF: 395.438.543-00  
 7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Adalberto Ilário De Moraes 9 - Número: 72 10 - Complemento: Casa  
 11 - Bairro: Urbano 12 - Cidade: Valença 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64300-000  
 15 - E-mail: jose.ivan35@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (89)999260020

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 2761 8 CONTA: 510.006.806 6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (al nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, Valença Do Piauí - PI, 25 De Outubro De 2019

*Teresa Maria Da Conceição Silva*  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*José Ivan de Oliveira*  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**USB**

DATA: 03.08.19 Hora: 15:57

NOME DO PACIENTE: Tereza Maria da Conceição  
 SEXO: ( ) MASC. (X) FEM. IDADE: 58 anos  
 ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Rua 72 de Maio

**CONTROLE DO TEMPO**

Saída da Base <u>15:57</u>	Chegada ao Local <u>16:02</u>	Saída do Local <u>16:05</u>
Chegada ao Hospital <u>16:09</u>	Saída do Hospital <u>16:21</u>	Chegada a Base <u>16:27</u>

**TIPO DE OCORRÊNCIA:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito | <input type="checkbox"/> Agressão Física        | <input type="checkbox"/> Ferimento Arma Branca |
| <input type="checkbox"/> Choque Elétrico                 | <input type="checkbox"/> Choque Elétrico        | <input type="checkbox"/> Envenenamento         |
| <input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica             | <input type="checkbox"/> Queda                  | <input type="checkbox"/> Mal Súbito            |
| <input type="checkbox"/> Urgência Pediátrica             | <input type="checkbox"/> Queimadura             | <input type="checkbox"/> Queda                 |
| <input type="checkbox"/> Urgência Psiquiátrica           | <input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo | <input type="checkbox"/> Já Removido           |
| <input type="checkbox"/> Afogamento                      | <input type="checkbox"/> Urgência Clínica       | <input type="checkbox"/> Falso Chamado         |
| <input type="checkbox"/> Acidente animal peçonhento      | <input type="checkbox"/> Intoxicação Exógena    | <input type="checkbox"/> Óbito                 |

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

- ( ) Alerta  
 (X) Responde ao Comando  
 ( ) Responde a Dor  
 ( ) Sem Resposta

**PUPILAS**

- ( ) Iguais  
 ( ) Desiguais

**SANGRAMENTO**

- (X) Ausente  
 ( ) Mínimo  
 ( ) Moderado  
 ( ) Intenso

**FALA**

- ( ) Normal  
 (X) Confusa  
 ( ) Nenhuma

**PULSO RADIAL:**

- ( ) Forte ( ) Ausente  
 ( ) Fraco (X) Leve  
 ( ) Ausente ( ) Moderado  
 ( ) Intenso

SINAIS VITAIS	1ª Verificação	2ª Verificação
Hora		
P.A	<u>13x90</u>	
Pulso	<u>37</u>	
Respiração	<u>20</u>	
Saturação O <sub>2</sub>	<u>98%</u>	
Glic. Capilar	<u>72mg/dl</u>	
Temperatura		

**OBSERVAÇÕES:**

Det. Vermelho, 58 anos, vítima de acidente de trânsito envolvendo Com suspeita de fraturas de mão, após a mesma ser levada ao hospital para atendimento.

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aspiração                | <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades | <input type="checkbox"/> Ass. Obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Oxigênio                 | <input type="checkbox"/> Prancha                      | <input type="checkbox"/> Hemostasia      |
| <input type="checkbox"/> Reanimação Cardio-Resp.  | <input type="checkbox"/> Colar Cervical               | <input type="checkbox"/> Curativo        |
| <input type="checkbox"/> Ventilação Artificial    | <input type="checkbox"/> KED                          |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Monitorização | <input type="checkbox"/> Acesso Venoso-Solução        |  |
| <input type="checkbox"/> Outros                   |   |  |

**CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Melhorado             | <input type="checkbox"/> Severa Gravidade  | <input type="checkbox"/> Indeterminado              |
| <input type="checkbox"/> Estável               | <input type="checkbox"/> Média Gravidade   | <input type="checkbox"/> Óbito antes do socorro     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Pequena Gravidade | <input type="checkbox"/> Óbito durante o socorro    |
| <input type="checkbox"/> Coma                  | <input type="checkbox"/> Ileso             | <input type="checkbox"/> Óbito durante o transporte |

**MEDICAÇÃO ADMINISTRADA:**

PACIENTE ACOMPANHADO: ( ) SIM (X) NÃO

HOSPITAL DE DESTINO: Eustáquio Pereira

CIDADE: Vamos

Dr. Rafael Barbosa Vieira  
 Médico  
 CRM-PI 6067  
 Profissional Receptor do Hospital

Tereza Maria JOK 818  
 Médico/Enfermeiro  
 Cond. Koldere

Senha 46

**TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA**  
Nasc.: 14/10/1960 Idade: 58 ANOS, 9 MESES, 20 DIAS Profissão: LAVRADOR CPF: 395.438.543-00 - RG: 909748 - SUS: 209545734250009  
End.: ADALBERTO ILARIO DE MORAIS, 72 - CASA Bairro: VALE VERDE Civil: OUTROS CEP: 64300-000  
Cor: PARDA Telefone: ( ) - Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI  
Pal: FRANCISCO FERREIRA DO VALE

Clinica: CLINICA GERAL Demanda: DEMANDA ESPONTANEA Atendimento de **URGÊNCIA**

**Procedimentos**  
0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA  
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

**História Clínica/Exame físico:**  
Alcoolizant. Trauma motociclístico  
Hora: 16:11:41  
 Internação

**Exames Complementares:**  
Glasgow 15

**Diagnóstico provável:**  
Fratura não consolida distal D 7

- Prescrição Médica:**
- 1) TRAMAL 50mg/ml - 2,0ml + 100ml SF 0,9% - EV - 30gtt/1h
  - 2) DIPIDOMA 500mg/ml - 03 Amps AM - EV - 160mg
  - 3) VOLTAZON 75mg - 02 Amp - IM - 160mg
  - 4) CCG6 + JJJW

**Anotações da Classificação de Risco**  
Hora: 16:11:41  
**Prioridade:**  
 Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não Urgente  
**Queixa/História:** TRAUMA MOTOCICLÍSTICO

**Alergias:**  
PA: 140X90 mmHg TAX: 0°C  
FC: 0 bpm 72 Glicemia: 0 mg/dl  
**Medicação Usual:**  
FR: 0 mrpm SAT 02: 0 Dor:  
Peso: 0 kg ECG: 0

**Observação:**  
**Conduta:** ENC CLINICO GERAL

**Dados da Alta**  
 Alta  Óbito  Evasão  Transferencia **Destino:**  
417797 - LÍVIA KELLY DA SILVA Enfermeiro Responsável  
Hora:  
Dr. Rafael Barbosa Vieira Médico CRM-PI 6057  
6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA Médico Responsável

TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA  
Paciente ou Responsável





Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!

0755652-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.740/0001-00 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 024977567

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	01-08-2019	99	98,85

TERESA MARIA DA CONCEICAO SILVA  
R. ADALBERTO ILARIO DE MORAIS 72 195 B-URBANO

CPF: 00039543854300

CEP: 64.300-000 - VALENCA DO PIAUI ROT: 38.750.18.22.741400

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
kWh			
Atual:	11876	Atual:	25/07/2019
Anterior:	11777	Anterior:	25-06-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	26-08-2019
Consumo Medido:	99	Emissão:	24-07-2019
Consumo Faturado:	99	Apresentação:	25-07-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Médo 12 meses
RESIDENCIAL	HONO	A763644		1.1.1.1	123

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Médo ano consumo		
JUN/19 113	CONSUMO 99 A R\$ 0,873853 =	86,51
MAI/19 114	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,20
ABR/19 109	BONUS ITAIPU - ART. 21 LEI N.	0,91-
MAR/19 141	CORRECAO MONETARIA IGPH (2X)	0,63
FEV/19 99	MULTA POR ATRASO (2X)	3,97
JAN/19 121	JUROS POR ATRASO (2X)	1,45
DEZ/18 141	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,23	
NOV/18 172		
OUT/18 173		
SET/18 120		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 99 - 0,621810		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabens! Até o dia 24-07-2019, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO BBEB.9FF2.AC38.27E5.F995.93A7.9709.D642

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	35,13	Base de Cálculo:	86,51
Energia:	5,94	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	2,90	Valor do ICMS:	19,03
Encargos:	24,34	Valor do IPI:	0,94
Tributos:		Valor do COFINS:	4,37

	DIC			PIC			DNIC		DNPI	
	Médo	Vincendo	Anual	Médo	Vincendo	Anual	Médo	Médo		
Unidade	7,27	14,53	20,06	5,68	7,35	14,70	4,14			
Resíduo	0,00			0,00			0,00			

Conto: NOVO ORIENTE Período de apuração: 05/2019 Valor: 40,36

ROT: 38.750.18.22.741400



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI  
 Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27  
 Internet: www.agespisa.com.br  
 Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

**Fatura Mensal**

<b>MATRÍCULA</b> 1735348-3	<b>Hidrometro</b> A18N078052	<b>Referência</b> OUT/2019
-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

**Nome/Razão Social/Endereço**  
 JOSE IVAN DE OLIVEIRA  
 RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187  
 VALE VERDE  
 VALENCA 64300000 AG= 67

<b>Situação</b> 3/1	<b>Res.</b>	<b>Categoria de Uso</b> Com. Ind. Pub.	<b>Inscrição</b> 113 2 07 0573 0171-000
<b>12/09/2019</b>		<b>14/10/2019</b>	
<b>32</b>		<b>32</b>	

Mes/Ano	Histórico de Consumo		Quart.	Forma de Faturamento		
	Letras	Consumo		FATURADO P/ MININO DA LIGACAO		
04/19	13	1	Cód. Responsável	916181790		
05/19	15	2		Código de Tarifa		01
06/19	17	2	Consumo Médio	2		
07/19	19	2		Consumo Máximo		10
08/19	23	4	Consumo Mínimo		4	
09/19	26	3	Consumo Máximo		10	
10/19	30	4				

Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)
	AGUA	31,3
	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	0,6
	JUROS DE HORA 001/001	0,6
	MANUTENCAO HIDROMETRO	1,64

**VENCIMENTO** 21/10/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 34,32

AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$32,97  
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Valor	Unidade	Valor	Unidade	Valor	Unidade	Valor	Unidade
Valor Máximo Permitido	0.70	l/s	1.40	l/s	7.13	l/s	0.00	0.00
Mínimo de Amostras Exigidas								
Amostras Realizadas								
Amostra que Atende Legislação								
Conclusão	PRESERVE A QUALIDADE DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS GENTILMENTE.							

**Atenção**  
 A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.  
 EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL.

<b>AGESPISA</b> Agua e Esgoto do Piauí S/A	<b>Inscrição</b> 113 2 07 0573 0171-000	<b>AG=</b> 67
<b>Matrícula</b> 1735348-3	<b>Referência</b> OUT/2019	

**VENCIMENTO** 21/10/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 34,32

82610000000-7 34320001821-0 73534831020-3 19000000001-7





Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!

0755652-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.740/0001-00 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 024977567

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	01-08-2019	99	98,85

TERESA MARIA DA CONCEICAO SILVA  
R. ADALBERTO ILARIO DE MORAIS 72 195 B-URBANO

CPF: 00039543854300

CEP: 64.300-000 - VALENCA DO PIAUI ROT: 38.750.18.22.741400

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
kWh			
Atual:	11876	Atual:	25/07/2019
Anterior:	11777	Anterior:	25-06-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	26-08-2019
Consumo Medido:	99	Emissão:	24-07-2019
Consumo Faturado:	99	Apresentação:	25-07-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Médo 12 meses
RESIDENCIAL	HONO	A763644		1.1.1.1	123

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Médo ano consumo		
JUN/19 113	CONSUMO 99 A R\$ 0,873853 =	86,51
MAI/19 114	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,20
ABR/19 109	BONUS ITAIPU - ART. 21 LEI N.	0,91-
MAR/19 141	CORRECAO MONETARIA IGPH (2X)	0,63
FEV/19 99	MULTA POR ATRASO (2X)	3,97
JAN/19 121	JUROS POR ATRASO (2X)	1,45
DEZ/18 141	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,23	
NOV/18 172		
OUT/18 173		
SET/18 120		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 99 - 0,621810		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabens! Até o dia 24-07-2019, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO BBEB.9FF2.AC38.27E5.F995.93A7.9709.D642

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	35,13	Base de Cálculo:	86,51
Energia:	5,94	Alíquota ICM:	22,00%
Transmissão:	2,90	Valor do ICM:	19,03
Encargos:	24,34	Valor do PS:	1,40%
		Valor do PS:	0,94
		Valor do COFINS:	6,48%
		Valor do COFINS:	4,37

	DIC			PIC			DNIC		DNOC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Último	7,27	14,53	29,06	5,68	7,35	14,70	4,14			
Residual	0,00			0,00			0,00			

Conto: NOVO ORIENTE Período de apuração: 05/2019 Valor: 40,36

QT: 38.750.18.22.741400





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI  
 Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27  
 Internet: www.agespisa.com.br  
 Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

**Fatura Mensal**

<b>MATRÍCULA</b> 1735348-3	<b>Hidrometro</b> A18N078052	<b>Referência</b> OUT/2019
-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

**Nome/Razão Social/Endereço**  
 JOSE IVAN DE OLIVEIRA  
 RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187  
 VALE VERDE  
 VALENCA 64300000 AG= 67

<b>Situação</b> 3/1	<b>Res.</b>	<b>Categoria de Uso</b> Com. Ind. Pub.	<b>Inscrição</b> 113 2 07 0573 0171-000
<b>Validade do Contrato</b> 12/09/2019		<b>Data de Cobrança</b> 14/10/2019	
<b>Valor</b> 32			

Mes/Ano	Histórico de Consumo		Quart	Forma de Pagamento		
	Letras	Consumo		FATURADO P/ MININO DA LIGACAO		
04/19	13	1	Cód. Responsável	916181790		
05/19	15	2		Código de Tarifa		01
06/19	17	2	Consumo Médio	2		
07/19	19	2		Consumo Máx. Água		
08/19	23	4	Consumo Máx. Esgoto			
09/19	26	3	Consumo		4	
10/19	30	4	Consumo Faturado		10	

Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)
	AGUA	31,3
	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	0,6
	JUROS DE HORA 001/001	0,6
	MANUTENCAO HIDROMETRO	1,64

**VENCIMENTO** 21/10/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 34,32

AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$32,97  
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Valor	Unidade	Valor	Unidade	Valor	Unidade	Valor	Unidade
Valor Máximo Permitido	0.70	l/s	1.40	l/s	7.13	l/s	0.00	0.00
Mínimo de Amostras Exigidas								
Amostras Realizadas								
Amostra que Atende Legislação								
Conclusão	PRESERVE A QUALIDADE DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS GENTILMENTE.							

**Atenção**  
 A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.  
 EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL.

<b>AGESPISA</b> Agua e Esgoto do Piauí S/A Atendimento ao Consumidor 08000 86 8888	<b>Inscrição</b> 113 2 07 0573 0171-000	<b>AG=</b> 67
<b>Matrícula</b> 1735348-3	<b>Referência</b> OUT/2019	

**VENCIMENTO** 21/10/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 34,32

82610000000-7 34320001821-0 73534831020-3 19000000001-7

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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 411.758.243,72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário TENESA MANTUA DA CONCEIÇÃO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 395.438.543/00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima TENESA MANTUA DA CONCEIÇÃO SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 395.438.543/00, 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	RUA ANTONINO DE SOUSA MANTINS		Número	187	Complemento	CASA	
Bairro	VALS VERDE	Cidade	VALENÇA	Estado	PI	CEP	64300-000
Email	jose.ivan35@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	(89)994122906	Telefone celular (DDD)	999260020	

Valença-PI, 30 de Outubro de 2019  
Local e Data

José Ivan de Oliveira  
Assinatura do Declarante

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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 411 758 243 , 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário TENESA MANTIA DA CONCEIÇÃO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 395.438.543/ 00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima TENESA MANTIA DA CONCEIÇÃO SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 395.438.543/ 00, 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	RUA ANTONINO DE SOUSA MANTINS		Número	187	Complemento	CASA	
Bairro	Vale Verde	Cidade	Valença	Estado	PI	CEP	64300-000
Email	Jose.ivan35@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	(89)994122906	Telefone celular (DDD)	999260020	

Valença-PI, 30 de Outubro de 2019  
Local e Data

José Ivan de Oliveira  
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
**REGISTRO DE OCORRÊNCIA - SAMU 192**



**USB**

DATA: 03.08.19 Hora: 15:57

NOME DO PACIENTE: Tereza Maria da Conceição  
 SEXO: ( ) MASC. (X) FEM. IDADE: 58 anos  
 ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Rua 72 de Maio

CONTROLE DO TEMPO		
Saída da Base <u>15:57</u>	Chegada ao Local <u>16:02</u>	Saída do Local <u>16:05</u>
Chegada ao Hospital <u>16:09</u>	Saída do Hospital <u>16:21</u>	Chegada a Base <u>16:27</u>

**TIPO DE OCORRÊNCIA:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito | <input type="checkbox"/> Agressão Física        | <input type="checkbox"/> Ferimento Arma Branca |
| <input type="checkbox"/> Choque Elétrico                 | <input type="checkbox"/> Choque Elétrico        | <input type="checkbox"/> Envenenamento         |
| <input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica             | <input type="checkbox"/> Queda                  | <input type="checkbox"/> Mal Súbito            |
| <input type="checkbox"/> Urgência Pediátrica             | <input type="checkbox"/> Queimadura             | <input type="checkbox"/> Queda                 |
| <input type="checkbox"/> Urgência Psiquiátrica           | <input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo | <input type="checkbox"/> Já Removido           |
| <input type="checkbox"/> Afogamento                      | <input type="checkbox"/> Urgência Clínica       | <input type="checkbox"/> Falso Chamado         |
| <input type="checkbox"/> Acidente animal peçonhento      | <input type="checkbox"/> Intoxicação Exógena    | <input type="checkbox"/> Óbito                 |

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

- ( ) Alerta  
 (X) Responde ao Comando  
 ( ) Responde a Dor  
 ( ) Sem Resposta

**PUPILAS**

- ( ) Iguais (X) Ausente  
 ( ) Desiguais ( ) Mínimo  
 ( ) Moderado  
 ( ) Intenso

**SANGRAMENTO**

**FALA**

- ( ) Normal  
 (X) Confusa  
 ( ) Nenhuma

**PULSO RADIAL:**

- ( ) Forte ( ) Ausente  
 ( ) Fraco (X) Leve  
 ( ) Ausente ( ) Moderado  
 ( ) Intenso

SINAIS VITAIS	1ª Verificação	2ª Verificação
Hora		
P.A	<u>138/90</u>	
Pulso	<u>57</u>	
Respiração	<u>20</u>	
Saturação O <sub>2</sub>	<u>98%</u>	
Glic. Capilar	<u>121mg/dl</u>	
Temperatura		

**OBSERVAÇÕES:**

Det. Vermineira, 58 anos, vítima de infarto de miocárdio agudo com suspiros de natureza de mto. Obs a norma está ausente, orientada mas ainda instável.

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aspiração                | <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades | <input type="checkbox"/> Ass. Obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Oxigênio                 | <input type="checkbox"/> Prancha                      | <input type="checkbox"/> Hemostasia      |
| <input type="checkbox"/> Reanimação Cardio-Resp.  | <input type="checkbox"/> Colar Cervical               | <input type="checkbox"/> Curativo        |
| <input type="checkbox"/> Ventilação Artificial    | <input type="checkbox"/> KED                          |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Monitorização | <input type="checkbox"/> Acesso Venoso-Solução        |  |
| <input type="checkbox"/> Outros                   |   |  |

**CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Melhorando | <input type="checkbox"/> Severa Gravidade  | <input type="checkbox"/> Indeterminado              |
| <input type="checkbox"/> Estável               | <input type="checkbox"/> Média Gravidade   | <input type="checkbox"/> Óbito antes do Socorro     |
| <input type="checkbox"/> Não melhorado         | <input type="checkbox"/> Pequena Gravidade | <input type="checkbox"/> Óbito durante o socorro    |
| <input type="checkbox"/> Coma                  | <input type="checkbox"/> Ileso             | <input type="checkbox"/> Óbito durante o transporte |

**MEDICAÇÃO ADMINISTRADA:**

PACIENTE ACOMPANHADO: ( ) SIM (X) NÃO

HOSPITAL DE DESTINO: Hospital de Referência

CIDADE: Valença  
 Dr. Rafael Barbosa Vieira  
 Médico  
 CRM-PI 6067  
 Profissional Receptor do Hospital

Tereza Maria da Conceição  
 Médica Enfermeira  
 Cond. - Kolder

**TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA** CPF: 395.438.543-00 - RG: 909748 - SUS: 209545734250009  
Nasc.: 14/10/1960 Idade: 58 ANOS, 9 MESES, 20 DIAS Profissão: LAVRADOR Civil: OUTROS CEP: 64300-000  
End.: ADALBERTO ILARIO DE MORAIS, 72 - CASA Bairro: VALE VERDE Cidade: VALENÇA DO PIAUI/PI  
Cor: PARDA Telefone: ( ) - Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO Pai: FRANCISCO FERREIRA DO VALE

Clinica: **CLINICA GERAL** Demanda: DEMANDA ESPONTANEA Atendimento de **URGÊNCIA**

**Procedimentos**  
0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA  
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

**História Clínica/Exame físico:** Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
ALCOOLISMO. TRAUMA MOTOCICLISTICO  
 Internação

**Exames Complementares:** GLUCOSE AS

**Diagnóstico provável:**

FRATURAS MÚLTIPLAS DISTAIS D'

**Prescrição Médica:**

- 1) TRAMAL 50mg/ml - 2,0ml + 100ml SP 0,9% - EV - 32gt/ml
- 2) DIFENIDRAMINA 500mg/ml - 0,5 Amp + AD - EV - 160mg
- 3) VOLTAREN 75mg - 0,2 Amp - IM - 160mg
- 4) CCG6 + JJW

**Anotações da Classificação de Risco** Hora: 16:11:41

**Prioridade:**  
 Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não Urgente

**Queixa/História:** TRAUMA MOTOCICLISTICO

**Alergias:** **Medicação Usual:**

PA: 140X90 mmHg TAX: 0°C FR: 0 mrpm SAT O2: 0 Dor:  
FC: 0 bpm Glicemia: 0 mg/dl Peso: 0 kg ECG: 0

**Observação:**

**Conduta:** ENC CLINICO GERAL

417797 - LÍVIA KELLY DA SILVA  
Enfermeiro Responsável

**Dados da Alta** Hora:  
 Alta  Óbito  Evasão  Transferencia **Destino:**

Dr. Rafael Barbosa Vieira  
Médico  
CRM-PI 6057



Nome: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SI  
Idade: 58a 11m 25d  
Data: 09/10/2019  
Solicitante: LUCIANO SILVA CORTEZ  
Convênio: PARTICULAR  
Código: 6577

---

**RX PUNHO DIREITO (02 INC)**

**RELATÓRIO:**

**Grafias realizadas através de aparelho gessado, evidenciam:**

- Material metálico de síntese fixando fratura no terço distal do rádio.
- Fratura em consolidação no terço distal da ulna.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.



**Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto**  
CRM 3255

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

### FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
Tereza Maria da Conceição Silva				03/08/19		
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML 10 ML	02			BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML	02			ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12				ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA				USO DA SALA		
Defermante + Solução 100ml				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				OPERAÇÃO Interação do canal distal		
COLETOR DE URINA				CIRURGIÃO Dr. Ronaldo		
ESCOVA COM DEGERMANTE	03			AUXILIAR		
ATADURA COM CREPOM	03			ANESTESISTA Dr. Almeida		
ATADURA GESSADA				TIPO DE ANESTESIA Sedação		
ATROPINA				INSTRUMENTADOR		
KETALAR				OCORRÊNCIAS		
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA						
LIDOCAÍNA						
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL (propofol) 0,5						
DIPIRONA	02					
CEFAZOLINA (cefalotina) 500mg 02						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
AMINA K						
TAMINAA						
CITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE - Gaze						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE - Eu de Kichenner 2,5						
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL						
LUVA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0,9%						
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM						

MÉDICO: Dr. Ronaldo  
 ENFERMEIRA(O): *[assinatura]*  
 TÉC. ENFER. *[assinatura]*

Hospital Regional Justino Luz  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 1



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

### FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <i>Adriana Maria da R. R. R. R.</i>					Nº DE REGISTRO						
DATA: <i>09/05/18</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA					
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLUCEMIA	DOS. URÉIA					
EXAMES DE URINA											
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA											
SISTEMA CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA						
SISTEMA RESPIRATORIO					ASMA	BRONQUITE					
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO							
ESTADO MENTAL				CORICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO						
RE-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS	EFEITOS						
					TOTAL DE DOSES						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					SEQUÊNCIA					
LÍQUIDOS	SO. UTO SANGUE OUTROS						500 400 300 200 100	1			
TEMPERATURA T	C°						280 240 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	38			
P. ARTERIAL V O PULSO											
INICIO E FIM ANESTESIA X											
INICIO E FIM OPERAÇÃO											
RESPIRAÇÃO O											
SÍMBOLOS							DURAÇÃO <i>04 horas</i>				
TÉCNICAS <i>Sedação</i>							INCIDENTE / ACIDENTE <i>Sem intervenção</i>				
OPERAÇÕES <i>Exatoma de punho</i>											
CIRURGIÕES <i>Fernando</i>											
ANESTESISTAS <i>Daniel R. 5463</i>											
							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:				
PARTICULARIDADES											

Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - Fone: (89)3422-1314 / 1610 CEP:64601-391 - Picos-PI  
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

### SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

PACIENTE: <i>Carla Maria de Conceição Jesus</i>		IDADE:
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA: <i>14</i>	LEITO: <i>72</i>
MÉDICO ASSISTENTE:		
ANTIBIÓTICO SOLICITADO (POSOLOGIA): <i>Cefotima 1g</i>		
DURAÇÃO DO TRATAMENTO: <i>7 dias</i>		
JUSTIFICATIVA: <i>1º episódio de síndrome de risco dental</i>		
ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS:	PERÍODO:	

FUNÇÃO RENAL NORMAL?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
FUNÇÃO HEPÁTICA NORMAL?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
REALIZOU CULTURA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO:		

ANTIBIOGRAMA	<i>[assinatura]</i>
SENSÍVEL A:	
RESISTENTE A:	

DATA: 09/08/19

\_\_\_\_\_  
MÉDICO CARIMBO

PARECER DA CCIH: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CCIH

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CCIH

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

## ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE *Tereza Maria de Conceição Silva*

ALA:                      ENFERMARIA:                      LEITO:                      PRONTUÁRIO Nº:

DATA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO
04/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i> Lacina Suzanna S. Lacerda NUTRICIONISTA CRM - 10265
05/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
06/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
07/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
08/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
09/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
10/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
11/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
12/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
13/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
14/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
15/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
16/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
17/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
18/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
19/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
20/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
21/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
22/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
23/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
24/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
25/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
26/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
27/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
28/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
29/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
30/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>

NUM. SOLICITAÇÃO: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA -  
201908031127493  
STATUS: REGULADA

## Informações Gerais

- Paciente:** TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA - 209545734250009 - 14/10/1960 (58 anos), Valença do Piauí. Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO
- Leito:** Hospital Regional Justino Luz (Picos/PI) (/estabelecimentos/37)
- Class. Risco:** Muito urgente

## VISÃO GERAL

### Estab. Solicitante

Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)

### Médico Solicitante

RAFAEL BARBOSA VIEIRA

### Usuário Solicitante

Usuário Padrão

### Senha

201908031127493

### Observação Solicitante

: RAFAEL BARBOSA VIEIRA em 03/08/2019 16:46

### Observação Executante

: Djane Maria Barbosa da Silva em 03/08/2019 16:41

### Caráter

Urgência

### Tipo de Leito

Ortopedia e Traumatologia

### CIDs

Fratura do antebraço, parte não especificada

### Procedimentos

### Descrição Clínica

Paciente, 58 anos, vítima trauma motociclistico evolui com ALGIA e EDEMA PUNHO/ MÃO D. Ao EF: Glasgow 15 / PA: 140 x 90 / SatO2 96% / FC: 72bpm. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA RÁDIO DISTAL D. O aparelho de Rx da unidade encontra-se defeituoso.

### Protocolo de Atendimento

Pressão Sistólica: 140

Pressão Diastólica: 90

Saturação (%): 96




Frequência Cardíaca (bpm): 72

*Rafael Barbosa Vieira*  
Médico  
CRM-PI 6057

*Djane Kelly Silva*  
Enfermeira  
COREN-PI 227791

VISÃO GERAL

Informações Gerais

-  Paciente: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA - 209545734250009 - 14/10/1960 (58 anos). Valença do Piauí. Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO
-  Leito: Hospital Regional Justino Luz (Picós/PI) (/estabelecimentos/3T)
-  Class. Risco: Muito urgente

Estab. Solicitante	Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)
Médico Solicitante	RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Usuário Solicitante	Usuário Padrão
Senha	201908031127493
Observação Solicitante	
Observação Executante	: Djane Maria Barbosa da Silva em 03/08/2019 16:41
Caráter	Urgência
Tipo de Leito	Ortopedia e Traumatologia
CIDs	Fratura do antebraço, parte não especificada
Procedimentos	
Descrição Clínica	Paciente, 58 anos, vítima trauma motociclistico evolui com ALGIA e EDEMA PUNHO/ MÃO D. Ao EF Glasgow 15 / PA: 140 x 90 / SatO2 96% / FC: 72bpm. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA RÁDIO DISTAL D. O aparelho de Rx da unidade encontra-se defeituoso.
Protocolo de Atendimento	Pressão Sistólica: 140 Pressão Diastólica: 90 Saturação (%): 96 Frequência Cardíaca (bpm): 72 Frequência Respiratória (rpm): 16 Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 15 Assistência Ventilatória: nao_faz_uso

Observações

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
03/08/2019 15:41	Djane Maria Barbosa da Silva - Estab: Hospital Regional Justino Luz	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento
03/08/2019 16:39	Danubia de Sousa Brandão - Regulador Internação - SESAPI	Regulada	
03/08/2019 16:38	Danubia de Sousa Brandão - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
03/08/2019 16:21	RAFAEL BARBOSA VIEIRA - Estab: Hospital Regional Eustáquio Portela	Pendente	





# 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, e-mail: HRJL@HRJL.PI.GOV.BR

Atendimento: E0125950



INTERNADO

Coletado:

Data: 05/08/2019

Paciente: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Médico(a): JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

Convênio: SUS

Leito: C14/72 Enfermaria: 14

Sexo: FEMININO

Idade: 58 A 9 M 20 D

Impresso: 05/08/2019

## HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

### ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,81 milhões/mm <sup>3</sup>	4,5 a 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA	12,3 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	36,8 %	40 a 52 %
VCM	96,59 $\mu^3$	80 a 100 $\mu^3$
HCM	32,28 pg	26 a 34 pg
CHCM	33,42 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

### LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	8,400 mm <sup>3</sup>	4.500 a 11.000 /mm <sup>3</sup>
MIELÓCITOS	00 %	0
METAMIELÓCITOS	00 %	0
BASTONETES	00 %	0
SEGMENTADOS	70 %	5,88
BASÓFILOS	00 %	0
EOSINÓFILOS	02 %	0,168
LINFÓCITOS	23 %	1,932
MONÓCITOS	05 %	0,42
LINFÓCITOS ATÍPICOS	00 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	321,000 /mm <sup>3</sup>	150.000 a 400.000 / $\mu$ L

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado: 05/08/2019 - 10:54:00

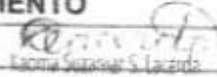

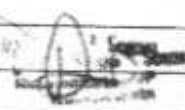















Liberado: 05/08/2019 - 11:29:24

0313-MARIA AUXILÍUM RODRIGUES DE ARAUJO LEITE



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

## ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE		Tereza Maria de Conceição Silva	
ALA:	ENFERMARIA:	LEITO:	PRONTUÁRIO Nº:
DATA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO		
04/03/19	Atendimento nutricional realizado  Fabiana S. Lacerda NUTRICIONISTA CRM - 10286		
05/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
06/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
07/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
08/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
09/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
10/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
11/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
12/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
13/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
14/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
15/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
16/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
17/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
18/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
19/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
20/03/19	Atendimento nutricional realizado 		
21/03/19	Atendimento nutricional realizado 		

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

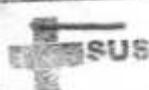
**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA**

Usuário: Tereza Maria da Penha Silveira Prontuário: \_\_\_\_\_

D.N.:  / /  Sexo: M  F

Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_ Data Cirurgia: 08/08/19

Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes da saída de paciente da sala cirúrgica
<p>(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)</p>	<p>(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)</p>	<p>(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)</p>
<p>O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento a seu consentimento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função</p>	<p>Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:</p>
<p>O local está demarcado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável</p>	<p><input type="checkbox"/> Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão</p>	<p><input type="checkbox"/> O nome do procedimento</p>
<p>Foi concluída a verificação do equipamento de anesthesiologia e da medicação?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável</p>	<p><input type="checkbox"/> A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas</p>
<p>O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:</p>	<p><input type="checkbox"/> A identificação das amostras (ter as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)</p>
<p>O paciente possui:</p>	<p><input type="checkbox"/> Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?</p>	<p><input type="checkbox"/> Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos</p>
<p>Alergia conhecida?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p><input type="checkbox"/> Qual quantidade de perda de sangue prevista?</p>	<p>Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:</p>
<p>Via aérea difícil ou risco de aspiração</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, equipamentos/assistência disponíveis</p>	<p>Para o anestesiológico:</p> <p><input type="checkbox"/> Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?</p>	<p><input type="checkbox"/> Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?</p>
<p>Risco de perda sanguínea &gt; 500ml (7ml/kg para crianças)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos</p>	<p>Para equipe de enfermagem:</p> <p><input type="checkbox"/> Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>assinatura-COREN</p> </div>
<p>Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável</p>	<p><input type="checkbox"/> Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?</p>	



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 JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES  
4009622

4 - CNES  
4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
209545734250009

8 - DATA DE NASCIMENTO  
14/10/1960

9 - SEXO  
Masc.  1  Fem.  X 2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
416554

10 - NOME DA MÃE  
FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

11 - TELEFONE DE CONTATO  
(89) 9993-94302

12 - ENDEREÇO  
VALE VERDE, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
VALENCA DO PIAUI

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO  
2211308

15 - UF  
PI

16 - CEP  
64300-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFQUEM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO  
( ) CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÁNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

38 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR  
M220800C\*1

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO

45 - DOCUMENTO  
( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

**Dr. Osvaldo Alves Costa**  
Médico Auditor SMS - Plic  
Cartão SUS 100.590.547.830.000  
CPF: 011.541.413-49/CRM-PI 31

Assinatura paciente/Responsável

*[Handwritten signature]*

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

**RELATÓRIO CIRÚRGICO**

NOME DO PACIENTE	<i>Tereza Maria da Conceição Silva</i>	SEXO	APT°	LEITO
PRONTUÁRIO	<i>416 554</i>	CONVÊNIO	<i>SUS</i>	DATA
				HORA

**DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO**

*Fratura de rádio distal (D)*

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

DATA	<i>08/08/19</i>	INICIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA	<i>osteossíntese</i>	CIRURGIA REALIZADA	<i>A mesa</i>
TIPO DE CIRURGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA	<input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA			

**DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO**

*1) Corte e desbridamento local sob a técnica asséptica  
antissepsia + aspiração do líquido articular  
2) Redução + fixação por técnicas C/ fix  
do antebraço cirúrgico  
3) Anestesia + imobilização*

*[Handwritten signature]*  
Ronaldo Luiz de Sousa  
Cirurgião Traumatologista  
CRM 173.247/2019

**INTERCORRÊNCIAS**

ANTIBIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
QUAIS:		Nº DE PEÇAS:	LOCALIZAÇÃO:
MATERIAIS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	SÍNTESE/TIPO:	<input type="checkbox"/> ÓRTESE/TIPO:

**MEDICAMENTOS UTILIZADOS**

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
ANESTESISTA		

CIRURGIÃO	CREMEB	ASSINATURA
1º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA
2º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA

Atendimento	1062778
Data:	03/08/2019
Hora:	23:33

## BOLETIM DE ADMISSÃO

**416554 - TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA**

VIUVO(A) - Sexo: FEMININO - Nascimento: 14/10/1960 - Cor/Raça: 03-PARDA

58 A,9 M,20 D

Clínica: ORTOPEdia Enfermaria: 14- ORTOPEdia - F Leito: C14/68 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 4602 - FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO

CPF: 395.438.543-00 RG: 909748 CNS: 209545734250009 SIS Prenatal:

Endereço: VALE VERDE, N° 0 - CEP: 64300-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2211308- VALENCA DO PIAUI/PI Profissão: Telefone: (89) 9993-94302

Pai: FRANCISCO FERREIRA DO VALE Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

Responsável: ROSANGELA FERREIRA DO NASCIMENTO - 89999394302 - AMIGA

Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

### Resultado

Curado  
Melhorado  
Inalterado  
Piorado

Removido  
Pedido  
Evasão  
Indisciplina

-48 Horas  
+48 Horas  
Obito

Transferido \_\_\_\_\_

Hospital Regional Justino Luz  
COMPARTILHE O ORIGINAL

### História Clínica

Diagnóstico Provável

FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO

















SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: *Theresa Helena da Costa*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 08 / 08 / 2019

1. DIETALIVRE *2x ao dia*
2. JELCO SALINIZADO *1 colher de chá*
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG
4. DIPIRONA 01 G + ADE EV 6/6 h S/N
5. ONDANSETRONA 8MG + ADE EV 8/8 S/N
6. FRAMADOL 100 MG + SF 0.9% 100ML EV 8/8 h S/N
7. TILATIL 40MG + ADE EV 12/12H
8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ
9. SSVV + CCGG

*[Signature]*

ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
	<i>114</i>	<i>72</i>	

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
<i>1</i>	<i>Paciente submetida a cirurgia com problema de náusea e vômito. Recebeu antieméticos e analgésicos. Evolução satisfatória.</i>
<i>2</i>	<i>A paciente estava no CC de MEDICINA DE INTENSIVIDADE. Recebeu suporte de vida. Evolução satisfatória.</i>
<i>3</i>	<i>Recebeu suporte de vida. Evolução satisfatória.</i>
<i>4</i>	<i>Recebeu suporte de vida. Evolução satisfatória.</i>
<i>5</i>	<i>Recebeu suporte de vida. Evolução satisfatória.</i>
<i>6</i>	<i>Recebeu suporte de vida. Evolução satisfatória.</i>
<i>7</i>	<i>Recebeu suporte de vida. Evolução satisfatória.</i>
<i>8</i>	<i>Recebeu suporte de vida. Evolução satisfatória.</i>
<i>9</i>	<i>Recebeu suporte de vida. Evolução satisfatória.</i>

*10. Solicitação de exame de urina e sangue para controle de função renal e hepática.*

*11. Para controle de função renal e hepática.*

*[Signature]*

REGISTRO DE ENFERMAGEM  
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

Tereza Maria da Conceição Silva

CIRCULANTE: Fernanda SALA Nº \_\_\_\_\_

ENTRADA NA SO: \_\_\_\_\_ INÍCIO DA ANESTESIA: 16:50 INÍCIO DA CIRURGIA: 17:00

SAÍDA DA SO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA ANESTESIA: \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_

CIRURGIA PROPOSTA: \_\_\_\_\_

CIRURGIA REALIZADA: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ ANESTESIOLOGISTA: Daniel INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

ASSISTENTES: 1º \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**MONITORIZAÇÃO**

**SIMBOLOS**

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

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 138x62 SATO 100% FC 99 bpm

SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 138x62 SATO 95% FC 98 bpm

**TIPO DE ANESTESIA**

BLOQUEIO - SEDAÇÃO

BLOQUEIO AXILAR

BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2

BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX

BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20

BLOQUEIO PERIBULBAR

GERAL COMBINADA

GERAL INALATÓRIA

GERAL VENOSA

LOCAL

PERIDURAL

SEDAÇÃO

SEDAÇÃO + LOCAL

TÓPICA

GERAL

COM CATETER

SEM CATETER

TUBO ENDOTRAQUEAL Nº \_\_\_\_\_

COM CUFF

SEM CUFF

MÁSCARA LARINGEA Nº \_\_\_\_\_

OUTRAS \_\_\_\_\_

**POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA**

DORSAL

VENTRAL

GINECOLÓGICA

LITOTÔMICA

LATERAL ESQUERDO

LATERAL DIREITO

SENTADA

SEMI-FOWLER

TRENDELEMBURG

**PREPARO DA PELE**

DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR:

PVPI DEGERMANTE

PVPI ALCOOLICO

EQUIPE MÉDICA

SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA

CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO

EQUIPE ENFERMAGEM

PVPI TÓPICO

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

CATETERISMO VESICAL

TRICOTOMIA

PASSAGEM SNG

FUNÇÃO VENOSA

MSD

MSE

GLICEMIA CAPILAR \_\_\_\_\_ mg/dl

ASPIRAÇÃO

OUTROS \_\_\_\_\_

SONDA URETRAL Nº \_\_\_\_\_

SONDA FOLEY Nº \_\_\_\_\_

COLETOR

LANCETA \_\_\_\_\_ UND

UROSTOP

AP BARBEAR \_\_\_\_\_ UND

SNG Nº \_\_\_\_\_

Sonda de Aspiração Nº \_\_\_\_\_

JELCO Nº \_\_\_\_\_

**GARROTEAMENTO**

TIPO  FAIXA DE SMARCH \_\_\_\_\_ UNID

GARROTE PNEUMÁTICO \_\_\_\_\_ mmHg

NÃO SE APLICA

LOCALIZAÇÃO  BRAÇO

ANTEBRAÇO

COXA

PANTURRILHA

TEMPO INÍCIO \_\_\_\_\_ TÉRMINO \_\_\_\_\_

**SERVIÇOS SOLICITADOS**

ANATOMIA PATOLÓGICA

LABORATÓRIO

RX

NÃO

SIM

INTENSIFICADOR DE IMAGEM

LOCAL \_\_\_\_\_

OUTROS \_\_\_\_\_

Nº DE FRASCOS \_\_\_\_\_

NÃO SE APLICA



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: *Felipe How do Coutinho*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 09/08/19

HD:

ALIA	APTO	LETO	R. MET.
<i>14</i>		<i>2</i>	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

1. DIETA LIVRE			
2. JELCO SALINIZADO			
3. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 6H			
4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6H, SN			
5. TRAMADOL 100 mg + SE 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS			
6. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAID> 110 MMHG			
7. ONDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS			
8. TILATIL 20 MG+ AD, EV, 12/12 H			
9. SSVV+ CCGG			
<i>10. Fx Antibio AP 100</i>			
<i>11. celphato 1g + Ap 1g 8/8h</i>			

*Alto Hospital*

*[Signature]*  
 UF: PIAUÍ  
 Otopneumia do timpano médio  
 número 8 - Goiânia/GO  
 1351-3333  
 1351-3333

*[Signature]*  
Felipe Luis Alves de Silva  
ENFERMEIRO





Dir.

HELENE FERRELLI/UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FONE: (11) 3091-1111  
www.hospitalantoniobonfim.com.br