



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1534	02 Data do chamado 03 03 18	03 PRO (código) 093	04 Saída do PA 27 136	05 Chegada ao local 04 138
Local da Ocorrência	06 Saída do local 04 1418	07 Chegada ao 1º hospital 04 152	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço Rua Posto 1 Pedro Treitas	11 Bairro Te. P.	12 Município-UF Código IBGE		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome Fló de Lira Lino de Oliveira	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
Acidente de Transporte	16 Idade 32	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	
Assistência	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
Hospital de Destino	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 100 Resp 19 prn PA 110/70 TAX 100/40 Sat02 99	25 Local da lesão 
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 3 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica				Glicemia _____ Acesso Venoso _____ Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____
	32 Hospital de Destino HUT				<input type="checkbox"/> Não Removido
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	1-Sim 2-Não		
	<p>Paciente vítima de Politrauma, encontra-se Consciente com exsorção seca, entubado e Eupneico.</p> <p>A. Vida aberta Pérvia e Sem dor Cervical</p> <p>B. Eupneico</p> <p>C. Entubado</p> <p>D. Glasgow 15 + Pupilas motorizadas e iridóticas</p> <p>E. Ecorrugções em Membros inferiores.</p>				
	Responsible pela recepção RMH/CH/SC	Socorristas Médico AE/TE	11/09/2010	Enfermeiro Condutor	Evaluado Evaluado



NOME DO PACIENTE: Flor de Bois Jane de Oliveira  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 448670

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CóPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".



## NOTA DE PARECER PROFISSIONAL

#### **DADOS DO PACIENTE:**

Nome: FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA		Frontuário: 448670
Mãe: MARIA ISABEL DE OLIVEIRA	Pai: NAO INFORMADO	
End. Resid.: RUA MURILO BRAGA N240 - SAO PEDRO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 25/08/1986	Idade: 31a:7m:14d	Sexo: Feminino Fone: 86-99526-1718
Responsável: JESUS SAVIO DE OLIVEIRA		CNS: 898003709326887
Profissão: DO LAR		Documento:
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Solteiro(a)

3. DOIS DO INTENDIMENTO:

Código: 654678 Data: 11/03/2018 04:52:48 Clas. Cor: Indefinido Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 11/03/18 : ESPECIALISTA: NCR

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: quadro de auto com dores  
ECG: f/s

~~800-73~~  
TC memo of 6/16/ NCR  
cc: Alh to NCR

*Mr. Michael G. Gammie  
1991-1992  
Carimbo/Assinatura Secretaria*

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :\_\_

Fracture of long t-f E  
an. Infra-red and

Carimbo/ ~~Brasil~~ Prof. Parecer

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

**Data/Hora Solicitud:** / / : **ESPECIALISTA:** 

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *SAIR DE ORGANIZAÇÃO*

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898003709326887	FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA		25/08/1986	F	448670
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL
		8695261718	MARIA ISABEL DE OLIVEIRA		JESUS SAVIO DE OLIVEIRA
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
			310		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
SAO PEDRO			TERESINA	PI	

## LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

FRATURA DE TORNOCOLO

## CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EX FISICO

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL  
S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050578 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOCOLO UNIMALEOLAR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARATER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

11/03/2018

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

CPF: 80965180387

CRM:

DATA ADMISSAO

11/03/2018 04:52

DATA ALTA

12/03/2018 08:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
HENRIQUE ALMEIDA FILHO CPF: 05500611334	CRM: DATA ANALISE: 11/03/2018 06:58:20

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA**  
**SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**  
**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
**CENTRO CIRÚRGICO**

Nome do Paciente		Eduardo de Góis Jane de Oliveira		
Diagnóstico pré-operatório		Fratura de Tornozelo		
Operação - Tipo		Ortopédica		
Cirurgião	Berquel	D. Berquel Barbosa Bezerra ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI: 3909	1º Assistente	
2º Assistente			3º Assistente	
Instrumentador	Graciene	Anestesiologista	Amanda	Anestesia Rágua
Anestésico(a)				
Data da Operação	11.03.18	Inicio	Fim	
Diagnóstico pré-operatório				

Relatório Imediato do Patologista	
<p align="right">HUT-SAME CONFERE COM O ORIGINAL TERESINA, PI SERVIDOR: <i>[Signature]</i></p>	
Acidente Durante a Operação	

<p align="center"><b>Descrição da Operação</b>  (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p align="center"> <i>Peço um maço de suture com 00</i>  <i>anoproláminas - coroa estéril.</i>  <i>Inciso medial na Tornozelo</i>  <i>Passo da fratura de maléolo medial com</i>  <i>02 parafuso (2,0)</i>  <i>Fechamento por plan</i>  <i>Curado</i> </p>	
<p align="center"> <i>Dr. Berquel Barbosa Bezerra ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI: 3909</i> </p>	

## FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE							
DATA: 11/03/18	PA 127 8	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OBS:
EXAME DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉRIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATORIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO							
PRÉ-MEDICAÇÃO							
APLICADO ÁS EFEITOS							
TOTAL DE DOSES							
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	1					
		2					
		3					
LÍQUIDOS	SO - UTO	500					
		400					
		300					
LÍQUIDOS	SANGUE	200					
		150					
		100					
LÍQUIDOS	OUTROS	150					
		100					
		50					
TEMPERATURA T	C°	260	OK	40	10	50	100
		240					
		220					
P ARTERIAL	38	200					
		180					
		160					
V O	PULSO	140					
		120					
		100					
INÍCIO E FIM ANESTESIA	X	80					
		60					
		40					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	HULT-SMITH	20					
		10					
		0					
SEQUÊNCIA							
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15							
SÍMBOLOS							
DURAÇÃO 1.30 h							
TECNICAS <i>Raquel anestesia</i>							
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS <i>Armando, Lucas, Bruno</i>							
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS <i>B.</i>							
PARTICULARIDADES							

## FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE							
DATA: 11/03/18	PA 127.8	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	QBS:
EXAME DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉRIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES		ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO		
PRÉ-MEDICAÇÃO					APLICADO ÁS	EFEITOS	
TOTAL DE DOSES							
AGENTES ANESTÉSICOS 1 2 3	OXIGÉNIO						
LÍQUIDOS	SO - UTO 500 400 300 200 100						
SANGUE							
OUTROS							
TEMPERATURA T	C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	SEQUÊNCIA					
P ARTERIAL V O PULSO	38						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
DURAÇÃO 1:30 h.							
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS Ranqueanestesia				INCIDENTES - ACIDENTES			
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS Armando Recur. Bento							
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS B			

# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA



Fundação Municipal de Saúde

Flor de lis Jane de Oliveira	DATA	11/03/18
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO		
NOME DO PACIENTE:		PRONTUÁRIO N°: 448670
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: Pox.	
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 06	
CIRURGIÃO:	CPF N°:	
AUXILIAR:	CPF N°:	
ANESTESIA:	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	CPF N°:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI n.º 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	70	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	—		Eletrôdios	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Escovas		03 unid.	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Crepom		02 unid.	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				HUT-SAME CONFERE COM ORIGINAL TERESINA, PI SERVIDOR: [Signature]			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	4.0	02		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE:	Milene		
VICRYL	0	01					
PROLENE							

FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA		DATA/HORA CÓDIGO	DI : 11/03/2018	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DATA/HORA CÓDIGO	DI : 12/03/18	DIETAS	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
Paciente de alta		08:00 - Paciente de alta		08:00 - Paciente de alta		08:00 - Paciente de alta		08:00 - Paciente de alta	
hospitacion.		hospitacion.		hospitacion.		hospitacion.		hospitacion.	
Vigilância		Vigilância		Vigilância		Vigilância		Vigilância	
COPA		COPA		COPA		COPA		COPA	
1 Dieta oral livre		1 Dieta oral livre		1 Dieta oral livre		1 Dieta oral livre		1 Dieta oral livre	
2 Jejico salinizado		2 Jejico salinizado		2 Jejico salinizado		2 Jejico salinizado		2 Jejico salinizado	
3 Ranitidina 50mg - 01 amp + AD EV 8/8hs		3 Ranitidina 50mg - 01 amp + AD EV 8/8hs		3 Ranitidina 50mg - 01 amp + AD EV 8/8hs		3 Ranitidina 50mg - 01 amp + AD EV 8/8hs		3 Ranitidina 50mg - 01 amp + AD EV 8/8hs	
4 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h		4 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h		4 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h		4 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h		4 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h	
5 Dipirona - 01 amp + AD EV 6/6hs		5 Dipirona - 01 amp + AD EV 6/6hs		5 Dipirona - 01 amp + AD EV 6/6hs		5 Dipirona - 01 amp + AD EV 6/6hs		5 Dipirona - 01 amp + AD EV 6/6hs	
6 Ibutil 20mg - 01 amp + AD EV 12 / 12hs		6 Ibutil 20mg - 01 amp + AD EV 12 / 12hs		6 Ibutil 20mg - 01 amp + AD EV 12 / 12hs		6 Ibutil 20mg - 01 amp + AD EV 12 / 12hs		6 Ibutil 20mg - 01 amp + AD EV 12 / 12hs	
7 Tramadol 150mg - 01amp + CF 0,3% 100ml EV 12/12hs SN		7 Tramadol 150mg - 01amp + CF 0,3% 100ml EV 12/12hs SN		7 Tramadol 150mg - 01amp + CF 0,3% 100ml EV 12/12hs SN		7 Tramadol 150mg - 01amp + CF 0,3% 100ml EV 12/12hs SN		7 Tramadol 150mg - 01amp + CF 0,3% 100ml EV 12/12hs SN	
8 Curativos diários		8 Curativos diários		8 Curativos diários		8 Curativos diários		8 Curativos diários	
9 Cuidados gerais e sinais vitais		9 Cuidados gerais e sinais vitais		9 Cuidados gerais e sinais vitais		9 Cuidados gerais e sinais vitais		9 Cuidados gerais e sinais vitais	
Dr. Gláucio Crimembeger /		Dr. Vini Ivoago Filho /		Dr. Ricardo S. Valente /		Dr. Ricardo S. Valente /		Dr. Ricardo S. Valente /	
Ortopedista e Traumatologista /		Ortopedista e Traumatologista /		Ortopedista e Traumatologista /		Ortopedista e Traumatologista /		Ortopedista e Traumatologista /	
CRM 3415-TEST0029 /		CRMPI2008 /		CRM3766-TEST111305 /		CRM3367 /		CRM3367 /	

HUT SAME  
CONFERE COMO ORIGINAL  
TERESINA, PI  
SERVIDOR

Dr. Gláucio Crimembeger /  
Ortopedista e Traumatologista /  
CRM 3415-TEST0029

Dr. Vini Ivoago Filho /  
Ortopedista e Traumatologista /  
CRMPI2008

Dr. Ricardo S. Valente /  
Ortopedista e Traumatologista /  
CRM3766-TEST111305

Dr. Ricardo S. Valente /  
Ortopedista e Traumatologista /  
CRM3367

ME Elton de Reis Jone de Oliveira

IDADE 31 anos

DATA 11/03/2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 09 hs 35 min TIPO DE ANESTESIA  GERAL  RAQUE  BLOQUEIO  PERIDURAL  SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA

Fratura TNL

CIRURGIANO

SINAIS VITais	HORÁRIO			
	ADMISSÃO			SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	86/42			118/55
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	82			118
SATURAÇÃO DE O2 (%)	97			100
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	-			-
REQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	-			-
NOME/ MATRÍCULA	<u>Paula</u>			<u>Paulo</u>

	ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK	ADMISSÃO			SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
ESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
ULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO					
ESCALA DE DOR ALTA					
( )SONDA VESICAL	( )DRENO DE SUCÇÃO	( )DRENO TORACICO	( )DVE	( )COLOSTOMIA	SONDA ( )NASOG ( )NASOEV
hs	mL	hs	mL	hs	mL

VOUCAÇÃO DE ENFERMAGEM:  
9:35h Adm. lixada na RIA no T03 de fratura TNL. Sub epito de oxigenoterapia. Consciente. Respirando espontaneamente. Bom estado geral.  
Paulo Chaves 17/03/18

RESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA	HORÁRIO	ANESTESIOLOGISTA
NCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]			

COSTO: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] ORT [ ] NEU [ ] CIR [ ]

NUT-SAME  
 CONFIRME COMPATIBILIDADE  
 TERESA NA FERNANDEZ  
 FERNANDEZ





## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA** (Prontuário: **448670**)  
Endereço: RUA MURILO BRAGA N240 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
Nascimento: 25/08/1986 Idade: 31a:7m:14d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 654678  
Requisição: 820803 Solicitação: 11/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1016049 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 11/03/2018

#### T.C. DE CRANIO

**TÉCNICA:** Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

#### RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

**OBS.:** HEMATOMA EM PARTES MOLES EXTRACRANIANAS DA REGIÃO PARIETAL ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 11/03/2018

*Osvaldo Soares de Carvalho Junior*  
HUT-SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
TERESINA, PI  
SERVIDOR: *[Signature]*

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO

Flor de Lis Iane de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 19/01/06

REGISTRO GERAL 2.398.866

NOME

FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA  
FILIAÇÃO

MARIA ISABEL DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

TERESINA-PI  
DOC. ORIGEM

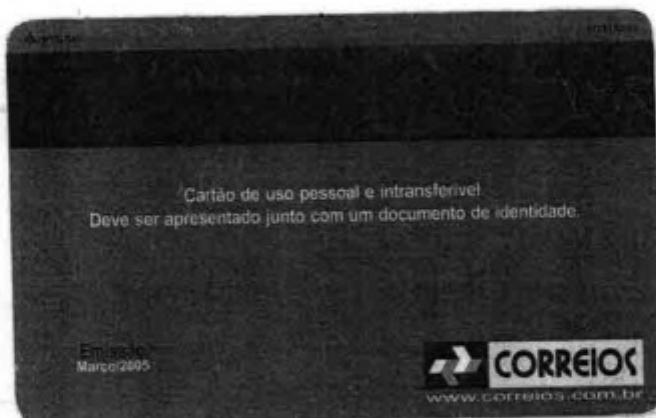
DATA DE NASCIMENTO

25/08/1986

CERT. CASAM. 14953 L 38B F 283V  
CPF EXP TERESINA-PI 25/05/00

Assinatura do Titular  
Pedro J. de Oliveira  
Assinatura do Titular  
Pedro J. de Oliveira

LEI N° 7.116 DE 29/06/83





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180437623      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 11/03/2018      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO UNIMALEOLAR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTSE).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO. DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## 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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180437623      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 11/03/2018      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO UNIMALEOLAR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTSE).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO. DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

PROCURACAO PARTICULAR

<b>OUTORGANTE:</b> Flôr de lis Jane de Oliveira		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: Casada	Profissão: Do lar
Identidade nº: 2398.866 SSP/PI	CPF nº: 026.686.243-80	
Endereço: AV. Pedro Freitas nº 2166 Bairro São Pedro. Teresina - PI		
CEP: 64.018-000	Telefone: (86) 99982-3093	

**OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA**

Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteira
Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI	CPF nº: 703.754.703-44
Profissão: Bacharel em Direito	Telefone: (86) 9 9405-4326 / 9982-3093 / 8828-8177
Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330	

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a Vítima  
Flôr de lis Jane de Oliveira

Timon-MA 24.07.2018

Local e data



Reconheço como verdadeira(s) a(s) frama(s) da  
Flôr de lis Jane de Oliveira  
 Eu Testemunho  
 Timon-MA, 24.07.2018  
Ruth Maria de Oliveira  
 Ruth Maria de Oliveira  
 Escrevante Substituta

- Outorgante



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344642/18

**Vítima:** FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA

**CPF:** 026.686.243-80

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/03/2018

**Titular do CPF:** FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

### FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA : 026.686.243-80

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2018  
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA  
CPF: 703.754.703-44

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA  
**Nº Sinistro:** 3180437623  
**Vitima:** FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA  
**Data do Acidente:** 11/03/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180437623**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA  
**Nº Sinistro:** 3180437623  
**Vitima:** FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA  
**Data do Acidente:** 11/03/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180437623**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

026.686.243-80

Nome completo da vítima

Flôr de lis Jane de Oliveira

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Flôr de lis Jane de Oliveira	026.686.243-80	do Lar
Endereço	Número	Complemento
AV. Pedro Freitas	2166	
Bairro	Estado	GEP
São Pedro	Piauí	64.018-000
Email	Telefone (DDD)	(86) 99982-3093

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **1606** D/V **104** CONTA NRO. **104.722** D/V **0**  
(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO  
Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**teresina, 17 de setembro de 18**

Local e Data

**Flôr de lis Jane de Oliveira**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002591/2018-55

**Unidade de Registro:** DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Resp. pelo Registro:** Cláudio Costa De Sousa

**Data/Hora:** 25/07/2018 - 10:49

### DADOS DA OCORRÊNCIA

<b>Unidade Policial Responsável</b>	473405	<b>Data/Hora</b>
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO		11/03/2018 - 04:00
<b>Tipo Local</b>		
VIA PÚBLICA		
<b>Município</b>		<b>Bairro</b>
TERESINA		SÃO PEDRO
<b>Endereço</b>		
AV. PEDRO FREITAS C/ RUA PORTO, Nº:		<b>Ponto de Referência</b>
<b>Complemento</b>		

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

<b>Nome:</b> LENILSON DOS SANTOS FEITOSA	<b>Tipo Envolv.:</b> VITIMA/Noticiante
RG: 1921531 SSP PI	
Mãe: ANTONIA DE LOURDES DOS SANTOS	
Pai: EDSON ALVES FEITOSA	
Endereço: RUA PORTO, Nº 258	
Bairro: SÃO PEDRO	
Cidade: TERESINA	
Telefone(s): 86-8842-0854 86-9584-9221	
<b>Nome:</b> FLÔR DE LIS IANE DE OLIVEIRA	<b>Tipo Envolv.:</b> VITIMA
RG: 2398866 SSP PI	
Mãe: MARIA ISABEL DE OLIVEIRA	
Endereço: RUA HENRIQUE DIAS, Nº 310	
Bairro: SÃO PEDRO	
Cidade: TERESINA	
Telefone(s): 86-9544-4429	

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

#### Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

### RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA NIU-7473-PI, COR PRETA, RENAVAM 230799965, PROP. DE GEONEIDE NASCIMENTO SANTOS, E QUE TRAFEGAVA PELA AV. PEDRO FREITAS, SENTIDO CENTRO, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NIH-3785, CONDUZIDO POR HELIO, QUE TRAFEGAVA PELA RUA PORTO, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO POR LEONARDO DO NASCIMENTO ALMEIDA, RUA EURÍPEDES DE AGUIAR, 2368-SÃO PEDRO, E LEVADO PARA A UPA. DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT. (PRONT. 134110). A PASSAGEIRA DA MOTO, FLÔR DE LIS IANE DE OLIVEIRA, FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT. (PRONT. 448670). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

LENILSON DOS SANTOS FEITOSA - Noticiante  
Responsável pela Informação



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

164 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002591/2018-55**

Delegado de Polícia



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
<b>Flôr de lis Jane de oliveira</b>	<b>026.686.243-80</b>	<b>11.03.2018</b>

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

**Teresina, 17 de Setembro de 18**  
Local e Data

**Flôr de lis Jane de Oliveira**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1534	02 Data do chamado 04 03 18	03 PRO (código) 2053	04 Saída do PA 04 17 18	05 Chegada ao local 04 13 18				
	06 Saída do local 04 14 18	07 Chegada ao 1º hospital 04 15 22	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital					
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Pedro 1º de Setembro	11 Bairro Teresina	12 Município-UF Tc - PI	Código IBGE					
Dados do Paciente	13 Ponto de referência								
Tipo de Ocorrência	14 Nome Flávia de Souza Lameira de Oliveira	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado							
Acidente de Transporte	16 Idade 32	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Índices de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado						
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros					
Assistência	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 4- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	Airbag				
Hospital de Destino	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 100 Resp. 19 Pn PA 107/70 TAX 37 Sat 99	25 Local da lesão				
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais	27 Pulso Radial 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29 Dor 3	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 7 10 Intensa				
	30 Fratura 1- Sim 2- Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte				
	<p>Paciente vítima de politrauma, encontra-se Consciente com escoriações, entorpecido e Eupneico.</p> <p>A. Tira deixa - Pérola e sem dor cervical</p> <p>B. Eupneico.</p> <p>C. Entorpecido</p> <p>D. Glucose 15 + Pupilas dilatadas e hiperfácticas</p> <p>E. Ecchymose em membros inferiores.</p>								
	Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor						
	go de Souza Lameira		Evaldo Santos						
	Responsável pela recepção CRM-PI 5000								

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000104722-0

---

Nr. da Autenticação 34519378E55ED334

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regras especiais de imprevidência autorizada pela SETA/DE/PI/98

Nº da Nota Fiscal: 008117174

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pelo Lei nº 10.435 de 26 de maio de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	19/07/2018	30	81,64

FREDSON ARAUJO CASTELO BRANCO  
AV PEDRO FREITAS 2166/ 2162 VERMELHA  
CPF: 00049065874372  
CEP: 64.018-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		kWh	DADOS DA LEITURA	
Atual:	64678		Atual:	27/06/2018
Anterior:	64678		Anterior:	25/05/2018
Constante de Multiplicação:	1.000		Proxima Leitura:	24/07/2018
Consumo Medido:	0		Emissões:	04/07/2018
Consumo Faturado:	30	FEMP	Apresentação:	16/07/2018
VALORES DE FATURAÇÃO		33	VALORES DE FATURAÇÃO	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Subclasse	Urgência	Número Medidor	Plataforma	Código Faz.
RESIDENCIAL	MONO	A721511	1.1.1.1	85
HISTÓRICO kWh				
Mês/Ano	Consumo	30 A R\$ 0,625528 =	18,76	
MAI/18	79	PARCELAMENTO DE DEBITOS 5/10	62,88	
ABR/18	0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,05	
MAR/18	103	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,22	
FEV/18	100			
JAN/18	72			
DEZ/17	64			
NOV/17	181			
OUT/17	322			
SET/17	10			
AGO/17	0			
TABELA DE TRIBUTO:				
0 A 30 - 0,590017				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 05/2018 Valor: R\$ 204,06 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21/07/2018, em função das contas realizadas nessa fatura. Caso não pague a conta antes, também é incluso o nome do consumidor no Cadastro de Infrações ainda existentes, com a(s) vencida(s) no valor de R\$ 494,75 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

BE12.6C5A.5B15.826C.E8C6.D063C.C203.8E8D  
RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/INIBUTOS - R\$	
Distribuição:	9,72	Base de Cálculo:	
Energia:	1,52	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	1,54	Valor do ICMS:	0,15
Encargo:	0,85	Valor do PIS:	0,70
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

01/01	01/02	01/03	01/04	01/05	01/06
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45
0,00			0,00		0,00

TERESINA-MACAUBA 04/2018 8,75

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO

0721579-7

TOTAL A PAGAR - R\$

81,64

MÊS FATUBADO

06/2018

VENCIMENTO

19/07/2018

Nº da Nota Fiscal:

008117174 FEMP

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
8364000000003 816400170006 0000000007211579706180083



SEQ.: 00231 UC: 0721579-7 DT.LEIT.: 27/06/2018 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 64678 MINIMO TOTAL: 81,64 CARGA: 001  
DT.VENC.: 19/07/2018 IRREG.: 038 COLETOR: 9084

NOOME/ENDERECO  
MORADOR MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA  
RUA HENRIQUE DIAS, 790-VERMELHA-TERESINA-PI-cep:64019330

LOCALIZAÇÃO  
002-00019-002030

GRUPO  
002

NÚMERO DO HIDRÔMETRO  
A05N287017

HISTÓRICO DE CONSUMO		
MP/ANO	TIPO	UDS
07/2018	Lido	16
06/2018	Lido	24
05/2018	Lido	16
04/2018	Lido	15
03/2018	Lido	15
02/2018	Lido	23

ECONOMIAS-CATEGORIAS/TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DIA  
ANTERIOR 11/07/2018 1441  
ATUAL 07/08/2018 1458

LEITURA

17

CONSUMO MÊS/M3

LEI 12.741/2012

PEL/PAGEP: 62,41 + 1,60% = 1,82

COFINS: 62,41 \* 7,60% = 4,74

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL		
FAIXA DE CONSUMO	M3/M3 E (%)	M3/M3 E (%)
10	2,9510	59
18 - 25	4,9488	59
25 - 999999	6,5388	59

DESCRÍPCAO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRÍPCAO	VALOR REFERENTE ÁGUA - 61,09	REF.	VALOR
> Residencial-Normal	17,0 m3	61,09	
JUROS POR ATRASO	07/2018	0,16	
MULTA POR ATRASO	07/2018	1,16	

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (%)



VENIMENTO

20/08/2018

VALOR FÁGNE

62,41

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM  
INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE ÁGUA PODERA SER MODIFICADA  
CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADRÕES.

**NOTIFICAÇÃO**

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC N° 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO X)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2.718	2.700	18	1,32	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	2.808	2.327	481	10,01	Inferior a 15,00
PH	2.793	2.782	11	6,82	6,00-9,50
TURVIDEZ	2.803	2.559	244	2,56	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC N° 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO X)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	473	472	1	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	473	473	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 07/08/2018 HORA DA EMISSÃO: 10:22

TC 1.36 28180807182233

*Aguas de*  
**Teresina**

MATRÍCULA  
13650041-2

FATURA N°  
152256673  
MÊS/ANO  
8/2018

VENIMENTO  
20/08/2018

VALOR FÁGNE

62,41

82650000000-3 62411535000-8 00201815225-2 66730100104-2



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular 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 maia do carmo Proudorio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703-14,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Filó de lis Jane de oliveira inscrito  
(a) no CPF sob o N026.686.243/80, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima  
Filó de lis Jane de oliveira inscrito (a) no CPF sob o N026.686.243/80, 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 Henrique Dias	Número	790
Bairro	Unelha	Estado	Piauí
Cidade	Teresina	CEP	64019-370
Email		Telefone comercial (DDD)	(86)99982-3093

Teresina, 17 de Setembro de 18  
Local e Data

maia do carmo Proudorio da Silva  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Geoneide Nascimento Santos,

RG nº 1.556.917, data de expedição 21/10/1996.  
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº \_\_\_\_\_, com  
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua N nº 2198

complemento Santo Antônio, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Flôr de Lis Jane de Oliveira cujo o condutor era Lenilson dos Santos Feitosa

Veículo: MOTO  
Modelo: HONDA CG 125 FAN KS

Ano: 2010

Placa: NIU-7U73

Chassi: 9G2JACU10AR062538

Data do Acidente: 11.03.2018

Local e Data: Timon - MA 24.07.2018

Geoneide Nascimento Santos

Assinatura do Declarante

Lenilson dos Santos Feitosa

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é proprietário do veículo que ocorreu o sinistro)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 SET. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Timon - MA CEP: 64.000-2470

Cartório do 1º Ofício  
Timon - MA  
Em Testemunho  
24.07.2018  
Ruth Maria de Oliveira  
Escrevente Substituta

