



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

# REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

Dados do Chamado

01 N° do chamado 1534 02 Data do chamado 14/03/18 03 PRO (código) 2003 04 Saída do PA 27/36 05 Chegada ao local 04/38  
06 Saída do local 04/48 07 Chegada ao 1º hospital 04/52 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º hospital

Local da Ocorrência

10 Endereço Rua Porto 1 Pedra Preta 11 Bairro 12 Município-UF Teresina Código IBGE 13 Ponto de referência

Dados do Paciente

14 Nome Flávia de Jesus de Oliveira 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado 2 16 Idade 312 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência  
01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros  
02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido  
03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado  
04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência  
05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares

Acidente de Transporte

19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado 20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado 21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado 22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 24 Sinais Vitais Pulso 100 Resp. 19.p.m PA 107/70 TAC SatO2 99% 25 Local da lesão

Assistência

26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 29 Dor 3 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito

Hospital de Destino

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 32 Hospital de Destino HUF 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não

Observações Interdisciplinar

Paciente vítima de Politrauma, encontra-se Consciente com excoriações, entorpecimento e Eupneica. A. tração cervical Pérvia e sem dor cervical B. Eupneica C. Estável D. Glaucoma 15 + Pupilas fotoreagentes e isotóricas E. Escoriações em membros superiores.

Sigla de Responsável

Sigla de Responsável Médico AE/TE Enfermeiro Conductor



NOME DO PACIENTE: Elon de Reis 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 REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".

Imp: 11/03/2018 04:55:52

Usuário: PATRICIA RODRIGUES  
 (Estação: PRIMEIRA)

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>654678</b>	Data: <b>11/03/2018 04:52:48</b>	Condução: <b>AMBULÂNCIA DO SAMU</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>		Convênio: <b>S U S</b>
Acid. Trab.: <b>Não</b>	Trajetos?: <b>Não</b>	Tipico: <b>Não</b>
		CID Secundário: <b>V299</b>

DADOS CLÍNICOS:

Pct vítima de acidente motociclístico (colisão c/ carro) há 1h  
 A/ capote, referindo estab. histeriana, nega vômitos e con-  
 sciência. A/ H/A p/vis e/ exte. cervical. Tg: 98%  
 E/ MV A/ 3A, bilateralmente, exames bil. de pulm. preservados. A/ AC, A/  
 alterações, A/ abalos de bulha, pulso cheio, FC=89bpm. D/ Gargem IS,  
 fúlgida e/ Soro. D/ sensibilidade e/ motricidade preservadas. D/ Encorçada  
 em ambos joelhos e dor em MSE. Adema indolo à palpação. Telve  
 estável.

PA: <b>X</b> mmHg	Pulso: <b>-</b>	FC: <b>-</b> bpm	Temp.: <b>-</b>
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

① Rx Braço e Ombro E, Rx Torax  
 ② TC Crânio e Cervical.  
 ③ Bilateral hemi-tang + AD EV. Agora

**HUT DR. ZENON ROCHA**  
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA  
 EXAME: **RAI X CRÂNIO**  
 DATA: **11/03/18 06:30h**

ALTA:	( ) Melhorado	( ) Administrativa	( ) Retornar à Unid. Origem:
	( ) Curado	( ) Por Indisciplina	( ) Transferência:
ÓBITO:	( ) Inalterado	( ) Por Evasão	DATA SAÍDA: <b>- / - / -</b>
	( ) RAI X REALIZADO		( ) Internação na Unidade
	DATA: <b>11/03/2018</b>	DESTINO:	Proced. Solicitado:
	Técnico: <b>Vinice</b>		CID Compatível:
	( ) Até 24 Hs	( ) IML	
	( ) De 24 a 48 Hs	( ) Anat. Patol.	
	( ) Após 48 Hs		

**JESUS SAVIO DE OLIVEIRA**  
 Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura Profissional - BE

**HUT-SAME**  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 TERESINA, PI  
 SEU ENDOR: **-**  
 Prof. Solicitante  
 Internado:  
**Agostinho de Sousa Almeida**  
 MÉDICO  
 CRM/PI 5853

Imp: 11/03/2018 04:55:52  
(PATRICIA MESQUITA)

## FLICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

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

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>654678</b>	Data: <b>11/03/2018 04:52:48</b>	Clas. Cor: <b>Indefinido</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>		Convênio: <b>S U S</b>

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: <b>11/03/18</b>	ESPECIALISTA: <b>NCR</b>
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: <b>queda de moto com trauma</b>	
<b>ECG: +S</b>	
<b>TC crânio: 0 Lixa NCR</b>	
<b>cc: Alb Ls NCR</b>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

### DADOS DO PARECER: Data/Hora: **11/03/18** :

<b>Fratura de torção - f. 5</b>
<b>cc. Infecção f. 5</b>
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: <b>11/03/18</b>	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

### DADOS DO PARECER: Data/Hora: **11/03/18** :

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 58452

AIH: 2218100131632

## 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

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

310

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

UF

SAO PEDRO

TERESINA

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

FRATURA DE TORNOZELO

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

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

EX FÍSICO

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050578 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARATER

DATA SOLICITAÇÃO

URGENCIA

11/03/2018

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

CPF: 80963180387

CRM:

DATA ADMISSAO

DATA ALTA

MOTIVO ALTA

11/03/2018 04:52

12/03/2018 08:00

MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº 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: 05500631334)

CRM:

DATA ANALISE: 11/03/2018 09:58:20

CPF

CRM

DATA ANALISE:

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

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador

Anestésico(a)

Data da Operação

Diagnóstico pré-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Det. no M.A. nos seguintes pontos.  
Anexos e anexos; corpo estéril.  
Incisão medial em Targem 7  
Pst 1 da fratura de malto medial com  
02 pontos (3.5 cm).  
Fechamento por plano  
Curado

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-M: 3989

HUT-SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
TERESINA, PI  
SERVIDOR

## FOLHA DE ANESTESIA



## UNIDADE DE SAÚDE

DATA: 11/03/18	PA: 12,8	PULSO: -	RESPIRAÇÃO: -	TEMPERATURA: -	PESO: -	ALTURA: -	OBS: -
EXAME DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS URÉRIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						FÍSICO	
PRÉ-MEDICAÇÃO						APLICADO ÀS	EFEITOS
						TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	<p>1 2 3</p> <p>SO - UTO 500</p> <p>SANGUE 400</p> <p>OUTROS 300</p> <p>200</p> <p>100</p> <p>TEMPERATURA T C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10</p> <p>P ARTERIL V O PULSO 38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10</p> <p>INÍCIO E FIM ANESTESIA X</p> <p>INÍCIO E FIM OPERAÇÃO</p> <p>RESPIRAÇÃO O</p> <p>SÍMBOLOS</p>					
		SEQUÊNCIA					
						DURAÇÃO 1.30h.	
TÉCNICAS RASQUINARTESIS						INCIDENTES - ACIDENTES	
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS Amadori Lucas P. L.							
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS							
PARTICULARIDADES							



## FOLHA DE ANESTESIA

## UNIDADE DE SAÚDE

DATA: 11/03/18	PA: 12 x 8	PULSO: -	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	CBS:
EXAME DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	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 ÀS	EFEITOS	
TOTAL DE DOSES							
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	<p>1 marcação 2, 3, 4</p> <p>2 marcação 1, 2, 3, 4</p> <p>3 marcação 1, 2, 3, 4</p> <p>4 marcação 1, 2, 3, 4</p>					
LÍQUIDOS	SO - UTO						
	SANGUE						
	OUTROS						
TEMPERATURA T	C°	<p>OKIMETRY 3450</p> <p>37.5</p>					
P ARTERIL V O PULSO	38						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15</p>					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SIMBOLOS							
TÉCNICAS				INCIDENTES - ACIDENTES			
OPERAÇÕES				<p>3.</p>			
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES							

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**
**Fundação Municipal de Saúde**

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

 DATA 11, 03, 18

 NOME DO PACIENTE: Flora de Ivo Jane de

 PRONTUÁRIO Nº: 448670

 DIAGNÓSTICO: Fratura

 CIRURGIA: Pr.

 ANESTESIA: Propofol

 Nº DA SALA: 06

 CIRURGIÃO: Bernardo

CPF Nº:

AUXILIAR:

CPF Nº:

ANESTESIA:

CPF Nº:

 INSTRUMENTADORA: Onacione

CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI n=24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 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 Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		Eletródos	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Escovas	03 unid.		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Crepom	02 unid.		
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	4.0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE: <u>Milene</u>			
PROLENE							

 HUT-SAME  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 TERESINA, PI  
 SERVIDOR:

CRM3456-TEOT10030	/	CRM312308	/	CRM3766-TEOT11305	/	CRM3367
-------------------	---	-----------	---	-------------------	---	---------

HUT-SAME  
CONFERE COMO ORIGINAL  
TERESINA, PI  
SERVIDOR

NOME Silvia de Jesus Lima de Oliveira IDADE 31 anos DATA 11/03/2018  
 HORA DE ADMISSÃO 09 hs 35 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA Fratura TNR CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>86/42</u>	<u>118/55</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>82</u>	<u>118</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>97</u>	<u>100</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>-</u>	<u>-</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>-</u>	<u>-</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Paula</u>	<u>Paula</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
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 dispnéia 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"/>
CIRCULAÇÃO	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			TOTAL			
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.			

SONDA VESICAL	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORACICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG ( ) NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: S: 35h Adm. hieba na RPA no pós de fratura TNR. Sob epm de re-equilíbrio. Consciente. Respirando espontaneamente. Bom estado geral.  
Problema Chegue 17:40

RECEBIDO  
 11/03/2018  
 SM

HUT-SAME  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 TERESINA FL  
 SERVIDOR

RESCRIÇÃO MÉDICA ALTA SRPA  
 HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA  
 ENCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGENS E GRÁFICOS ( )  
 OSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) ORT ( ) NEU ( ) CIR ( )



NOME DO PACIENTE

Flora de Jesus Jansen de Oliveira 4486170

DATA/HORA  
(CÓDIGO)

11  
03

PRESCRIÇÃO MÉDICA

IDENTIFICADOR

CLÍNICA

Ortopédica

ENF. OU AP

238

LEITO

256

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

12:00 - Paciente admitido  
procedente da SRPA  
em POI praxiada de  
tonhozelo D, consciên-  
te, orientada, fá-  
sica. Alergia a  
dipirona. Nega pa-  
tologias crônicas.

1 DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO

2 SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA

3 RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H

4 CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/3H

5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H

6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H

7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN

8 CURATIVO

9 PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dr. Reginaldo Barbosa Bezerra  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI: 3909

HUT-SAME  
CONFERIR COM O ORIGINAL  
SERVIDOR

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**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: S U S

**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

HUT-SAME  
CONFERE COM ORIGINAL  
TERESINA-PI  
SERVIDOR:

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
<p>GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"</p>		<p>REGISTRO GERAL 2.398.866 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/01/06</p>	
<p>FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA</p>		<p>NOME</p>	
<p>MARIA ISABEL DE OLIVEIRA</p>		<p>FILIAÇÃO</p>	
<p>TERESINA-PI</p>		<p>NATURALIDADE</p>	
<p>CERT. CASAM. 14953 L 388 F 283V</p>		<p>DATA DE NASCIMENTO 25/08/1986</p>	
<p>EXP TERESINA-PI 25/05/00</p>		<p>ASSINATURA DO TITULAR</p>	
<p>LEI N° 7.116 DE 29/08/83</p>		<p>ASSINATURA DO DETENTOR</p>	

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Nome de Inscrição

**026.686.243-80**

Nome

**FLOR DE LIS IANE DE OLIVEIRA**

Nascimento

**25/08/1986**

Cartão de uso pessoal e intransferível  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Entrega  
Marco 2005

**CORREIOS**  
www.correios.com.br



# 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(OSTEOSSÍNTESE).  
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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Karla Souza

# 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(OSTEOSSÍNTESE).  
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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>Flôr de lis Jane de Oliveira</u>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <u>Casada</u>	Profissão: <u>Do lar</u>
Identidade nº: <u>2398.866 SSP/PI</u>	CPF nº: <u>026.686.243-80</u>	
Endereço: <u>Av. Pedro Freitas nº 2166 Bairro</u>		
<u>São Pedro. Teresina-PI</u>		
CEP: <u>64.018-000</u>	Telefone: <u>(86) 99982.3093</u>	

## 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 pericia medica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer 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 Vitima Flôr de lis Jane de Oliveira

Timon-MA 24.07.2018

Local e data

Cartório do 1º Ofício  
TIMON - MA

Reconheço como verdadeira(s) a(s) assinatura(s) de Flôr de lis Jane de Oliveira

Em Testemunho 24.07.2018 da verdade.

Timon (MA)

Ruth Maria de Oliveira  
Escrevente Substituta

Flôr de lis Jane de Oliveira

- 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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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** 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**

Carta nº 13391050



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** 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**

Carta nº 13391051



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 Flôr de lis Jane de Oliveira		CPF titular da conta 026.686.243-80	Profissão do Lar
Endereço Av. Pedro Freitas		Número 2166	Complemento
Bairro São Pedro	Cidade Terenina	Estado Piauí	CEP 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**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.  
1606

D/V

CONTA

NRO.  
304.722

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

(Informar dígito se existir)

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.

Terenina, 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



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**

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**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PEDRO FREITAS C/ RUA PORTO, Nº:

Complemento

473405

Data/Hora

11/03/2018 - 04:00

Bairro

SÃO PEDRO

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: LENILSON DOS SANTOS FEITOSA

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

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: FLÔR DE LIS IANE DE OLIVEIRA

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

Tipo Envolv.: VITIMA

**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, RENAVAL 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  
LENILSON DOS SANTOS FEITOSA - Noticiante  
Responsável pela Informação



**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 <u>Flôr de Lis Jane de Oliveira</u>	CPF da Vítima <u>026.686.243-80</u>	Data do Acidente <u>11.03.2018</u>
--	--	---------------------------------------

**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



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

# REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

Dados do Chamado

01 N° do chamado 1534 02 Data do chamado 14/03/18 03 PRO (código) 2003 04 Saída do PA 27/36 05 Chegada ao local 04/38  
06 Saída do local 04/18 07 Chegada ao 1° hospital 04/52 08 Saída do 1° hospital 09 Chegada ao 2° hospital

Local da Ocorrência

10 Endereço Rua Pastor / Dedo Trezentos 11 Bairro 12 Município-UF Ter. Pi Código IBGE  
13 Ponto de referência

Dados do Paciente

14 Nome Flávia de Jesus Mano de Oliveira 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado 2  
16 Idade 32 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência  
01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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 17 - Já removido 18 - Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado 20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado 21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado 22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Airbag 3 - Cinto de segurança 4 - Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 15 24 Sinais Vitais Pulso 100 Resp. 19pm PA 107/70 SatO2 99%  
25 Local da lesão  
26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não  
29 Dor 3 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)  
Aspiração Prancha longa/curta Imobilização de extremidades Glicemia  
Oxigênio Colar cervical Reanimação cardiopulmonar Acesso Venoso  
Curativos Kred Assistência obstétrica Medicamentos a) b) c)

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino HUF 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não  
1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

Paciente vítima de Politrauma, encontra-se Consciente com exorciação, entus e Expreca.  
A. Via aérea permeável e sem dor cervical  
B. Expreca.  
C. Entus  
D. Glândula 15 + Pupila dilatada e turgida  
E. Exorciação em membros inferiores.

Go de Saúde  
Responsável pela recepção

Socorristas  
Médico  
AE/TE

Enfermeiro  
Condutor

# 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. Maranhão 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  
Regime especial de Impostos autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 008117174

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.428 de 26 de abril 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		DADOS DA LEITURA	
Atual:	64678	Atual:	27/06/2018
Anterior:	64678	Anterior:	25/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/07/2018
Consumo Medidor:	0	Emissão:	04/07/2018
Consumo Faturado:	30 FEMP	Apreiação:	16/07/2018
Consumo Mínimo:	MINIMO	Consumo Máximo:	33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Plano	Código-Fal. Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A721511	1.1.1.1	85

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Maior consumo		CONSUMO	30 A R\$ 0,625528 = 18,76
MAR/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		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
05/2018	204,06

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/07/2018, em função das contas reatadas desta natureza. O não pagamento poderá gerar, assim, a inclusão do nome do consumidor no SEREN, impedindo ainda a existência de contas vencidas e a reatadas no valor de R\$ 404,75 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO BE12.6C5A.5B15.826C.E8C6.D63C.C203.8E8D

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
OCC		IN		DMC		DMC2	
Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00		0,00		0,00			

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

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0721579-7	81,64
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
06/2018	19/07/2018
008117174	FEMP

Nº da Nota Fiscal: 008117174 FEMP  
83640000000 3 81640017000 6 000000000721 1 57970618008 3



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

**Aguas de  
Teresina**

Nossa água muito bem tratada

TC 1.36  
20190807182233

CNPJ 27157474000106 - LE 195965574  
Av. Odilon Araújo, 1035; Píçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA 13650041-2  
FATURA Nº 152256673  
MÊS/ANO 8/2018

NOME/ENDEREÇO  
MORADOR MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA  
RUA HENRIQUE DIAS, 790 - VERMELHA - TERESINA - PI - CEP: 64019330

LOCALIZAÇÃO  
002-00019-002030

GRUPO 002  
NÚMERO DO HIDRÔMETRO A05N287017

HISTÓRICO DE CONSUMO			
MÊS/ANO	TIPO	LIDO	SATURADO
07/2018	Lido	16	16
06/2018	Lido	24	24
05/2018	Lido	16	16
04/2018	Lido	15	15
03/2018	Lido	15	15
02/2018	Lido	23	19

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA  
1 Residencial - Normal

DATA LEITURA  
ANTERIOR 11/07/2018 1441  
ATUAL 07/08/2018 1458

CONSUMO MÊS M3 17

LEI 12.741/2012  
PSL INSEF  $2,41 \times 1,65\% = 1,02$   
CONRS  $62,41 \times 7,68\% = 4,74$

TABELA DE TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

RESIDENCIAL	VALOR REFERENTE ÁGUA - R\$	RES.	VALOR
10 25 4.9400 50	61,09	17 0 m3	61,09
25 9999999 6.5300 50		07/2018	0,16
		07/2018	1,16

NÃO RESIDENCIAL  
TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)



VENCIMENTO 20/08/2018

TOTAL A PAGAR 62,41

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM  
INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE ÁGUA PODERÁ 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 Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

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
CONDUCTIVIDADE	2.808	2.327	481	10,01	Inferior a 15,00
PH	2.793	2.782	11	6,82	6,00-9,50
TURBIDEZ	2.803	2.559	244	2,56	Inferior a 5,00

#### CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

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 20190807182233

**Aguas de  
Teresina**

MATRÍCULA  
13650041-2

FATURA Nº 152256673  
MÊS/ANO 8/2018

VENCIMENTO  
20/08/2018

VALOR A PAGAR  
62,41

8265000000-3 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 Proudo rio da Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703/114,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Flôr de lis Jane de oliveira, inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 026.686.243/80, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima  
Flôr de lis Jane de oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.686.243/80, 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 <u>Rua Henrique Dias</u>		Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>Unielha</u>	Cidade <u>TERESINA</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64019-370</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86)99982-3093</u>

TERESINA 17 de Setembro de 18  
Local e Data

maia do Carmo Proudo rio da Silva  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Geoneide Nascimento Santos,

RG nº 1.556.917, data de expedição 21/10/94.

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº \_\_\_\_\_, com

domicílio na cidade de Tererina, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua N, nº 2198

complemento santo antonio, 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

Unilson dos Santos Feitosa

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CG 125 FAN KS

Ano: 2010

Placa: NU-7U73

Chassi: 9C2JCUI10AR062538

Data do Acidente: 11.03.2018

Local e Data: Timon-MA 24.07.2018

Geoneide Nascimento Santos

Assinatura do Declarante

Unilson dos Santos Feitosa

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 SET. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Nono CEP: 64.024-70

SERVENÇA EXTRAJUDICIAL  
Comarca de Timon  
Dr. Raimundo L. de A. Silva



Cartório do 1º Ofício  
TIMON, MA

Em Testemunho da verdade.

24.07.2018

Ruth Maria de Oliveira

Escrevente Substituta