

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 110510.000585/2019-24

Unidade de Registro: DP DE PEDRO II

Resp. pelo Registro: Marcos Rogerio Sousa De Oliveira

Data/Hora: 08/05/2019 - 11:30

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE PEDRO II

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PEDRO II

Endereço

ROÇA DOS PEREIRAS, Nº:

Complemento

PRÓXIMO AO ZÉ GARAPA

Data/Hora

28/03/2018 - 18:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Mãe: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS

Endereço: LOCALIDADE ROÇA DOS PEREIRAS, Nº SN

Complemento: ROÇA DOS PEREIRAS

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PEDRO II

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: FABIANA ALVES DOS SANTOS

Mãe: FRANCISCA ALVES DOS SANTOS

Endereço: LAGEIRO, Nº SN

Complemento: LAGEIRO

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PEDRO II

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Nome: LUCILENE MARTINS DE SOUSA

RG: 3234897 SSP PI

Mãe: LUSIA ALVES DE SOUSA

Endereço: RUA SORIANO PEDRO DE SOUSA, Nº 375

Bairro: SANTA FE

Cidade: PEDRO II

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 125 TITAN KS

2001 LWE2910 9C2JC30101R021564

748466320

Azul

Condutor: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

End: LOCALIDADE ROÇA DOS PEREIRAS Número: SN Complemento: ROÇA DOS PEREIRAS

Cidade: PEDRO II UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: ANTONIO FERREIRA MARTINS

End: RUA DES ALVARO BRANDÃO Número: 209

Cidade: PEDRO II UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA INFORMA QUE NA DATA DO DIA 28/03/2018, VINHA TRANSITANDO NA MOTOCICLETA CITADA ACIMA, PRÓXIMO AO GARAPA SHOW, QUANDO DE REPENTE UMA VACA ATRAVESSOU A PISTA; QUE PISOU NO FREIO DA MOTO, MAS COMO ESTAVA MUITO PRÓXIMO NÃO TEVE TEMPO DE DESVIAR DO ANIMAL; QUE COLIDIU COM A VACA; QUE AO CAIR NO CHÃO, DESMAIOU E FOI SOCORRIDA POR TESTEMUNHAS QUE LIGARAM PARA O SAMUR QUE LHE SOCORREU E LEVOU PARA O HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA; QUE DEPOIS DE ALGUNS DIAS FOI LEVADA PARA TERESINA ONDE PASSOU POR UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO PULSO ESQUERDO; EM TEMPO, INFORMO QUE A



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 110510.000585/2019-24

VITIMA NÃO POSSUI C.N.H. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Marcos Rogério Sousa De Oliveira - Mat. 3112861
AGENTE DE POLÍCIA

Sandra Maria de Oliveira Santos
SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

[Assinatura]

Delegado de Polícia

Câmarão 2º Ofício Del. Orlando Oliveira
AVENIDA CORONEL CORDEIRO, CENTRO - Nº 511, PEDRO II - PIAUÍ
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS, EM TEST. DA VERDADE, EM PEDRO II,
08/05/2019, ÀS 15:48

DEL. ORLANDO UÍAS DE OLIVEIRA JÚNIOR - SUBSTITUTO
Emol. R\$ 2,48 T.O. R\$ 11,50 MP. R\$ 0,05 Sem. R\$ 0,25 Total: R\$ 14,28

Del. Orlando Uías de Oliveira Júnior
Tobolista e Oficial Administrativo
Res. 110510.000585/2019-24
2º Ofício Pedro II - PI



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190341576

Vítima: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 28/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004623

Conta: 000001189-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 041.489.293-31 Nome completo da vítima: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

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

Nome completo: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS CPF: 041.489.293-31
Profissão: TRABALHADORA RURAL Endereço: LOCALIDADE CAPUANO DE CIMA Número: _____ Complemento: _____
Bairro: ZONA RURAL Cidade: PEDRO II Estado: PIAUÍ CEP: 64.255-000
E-mail: claudoberto@uol.com.br Tel. (DDD): 86 981260752

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4623 043 CONTA: 00001189 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: PEDRO II PIAUÍ 08/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Sandra Maria de Oliveira Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CLAUDIOBERTO DE MELLO VESPA

CPF: 004.468.933-02

Cláudio Berto de Mello Vespa
Assinatura

2ª Nome: DETÔNIO DA SILVA GOMES

CPF: 262.864.703-25

Detônio da Silva Gomes
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190341576

Vítima: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 28/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 03/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04623

CONTA: 000000001189-4

Nr. da Autenticação CC7F85049C65F249

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0174669/19

Vítima: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

CPF: 041.489.293-31

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 28/03/2018

Titular do CPF: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS : 041.489.293-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/05/2019
Nome: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
CPF: 041.489.293-31

SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190341576 **Cidade:** Pedro II **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 28/03/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. P19
AVULSÃO DO PROCESSO ESTILOIDE ULNAR À ESQUERDA. P25

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. P22
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170122493 Nº 013029199621
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MA 1 748466320 2017

ANTONIO PERREIRA MARTINS

27221431272

PLACA LUE-2910

PLACA ANT. LUE

NOV-0

9020170122493

PAS/MOTOCICLO/BIENHOTA

GASOLINA

HONDA/CG 125 TITAN KB

ANO FAB.

ANO MOD.

2000

2001

Q02P/124CC

CATEGORIA PARTIC

COR PR. DOMINANTE AZUL

COTA UNICA

VENO. COTA UNICA

VENO. COTAS

1º

ISENTO

2º

3º

4º

5º

6º

7º

8º

9º

10º

11º

12º

13º

14º

15º

16º

17º

18º

19º

20º

21º

22º

23º

24º

25º

26º

27º

28º

29º

30º

31º

32º

33º

34º

35º

36º

37º

38º

39º

40º

41º

42º

43º

44º

45º

46º

47º

48º

49º

50º

51º

52º

53º

54º

55º

56º

57º

58º

59º

60º

61º

62º

63º

64º

65º

66º

67º

68º

69º

70º

71º

72º

73º

74º

75º

76º

77º

78º

79º

80º

81º

82º

83º

84º

85º

86º

87º

88º

89º

90º

91º

92º

93º

94º

95º

96º

97º

98º

99º

100º

101º

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013029199621 - BILHETE DE SEGURO DP

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

www.seguradora lider.com.br
SAC DPVAT 0800 024 1204

2012

3/11/201

27221431272

LUE-2910

748466320

HONDA/CG 125 TITAN KB

2000

09

9020170122493

PRÊMIO TARIFARIO

81,28

9,03

90,31

4,15

10,70

148,50

[X] COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE COTAÇÃO

30/10/2017

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ 02.943.000/0001-04

DUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0174669/19

Vítima: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

CPF: 041.489.293-31

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Outros



Data do acidente: 28/03/2018

Titular do CPF: SANDRA MARIA DE
OLIVEIRA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS : 041.489.293-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/05/2019
Nome: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
CPF: 041.489.293-31

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

ANDREZA ALVES DA CUNHA



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0170317-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.042-240/001 - 001 - Insc. Estadual: 14.201.382-5
Nº de Fator: 10.474 de 15 de abril de 2002
Inscrever-se para a prestação de serviços de energia elétrica

Nº da Nota Fiscal 017370984

5. Fatores de Cálculo de Energia Elétrica: 15,2 kWh/cidade
pela tarifa 10.474 de 15 de abril de 2002

CONTÁVEL	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	13/02/2019	38	40,80

FRANCISCA NEVES DOS SANTOS LACERDA
R. SORIANO PEDRO DE SOUSA 375 S/C SANTA FE
CPF: 00033984417348
CEP: 64.255-000 - PEDRO 11

ROT: 127.317.05.25.177600

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 3672	07/01/2019
Anterior:	08/03/2019
Constante de Multiplicação: 38	Problema Leitura: 05/02/2019
Consumo Medido: 38	Entrega: 06/02/2019
Consumo Tarifado: NORMAL	Aprovação: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	Localidade	Medida
RESIDENCIAL	1000	1500

HISTÓRICO DE CONSUMO	CONSUMO	VALOR (R\$)
JAN/18	20	20,72
FEV/18	26	4,26
MAR/18	23	7,88
ABR/18	21	2,94
MAY/18	23	
JUN/18	11	
JUL/18	2	
AUG/18	3	
SET/18	42	
OCT/18	0	
NOV/18	0	
DEZ/18	0	

10/01/2019 82,00
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO	COMPOSIÇÃO DAS CUSTARIAS	IMPOSTOS/TRIBUTAÇÕES
6,45	13,21	Base de Cálculo:
		Atividade RFB
		Valor do IPI
		Valor do ICMS
		Valor do IPI
		Valor do ICMS

6,27 12,54 25,08 3,55 7,10 14,20 3,71
0,00 0,00 0,00

PEDRO 11

12/2018

9,10

ROT: 127.317.05.25.177600

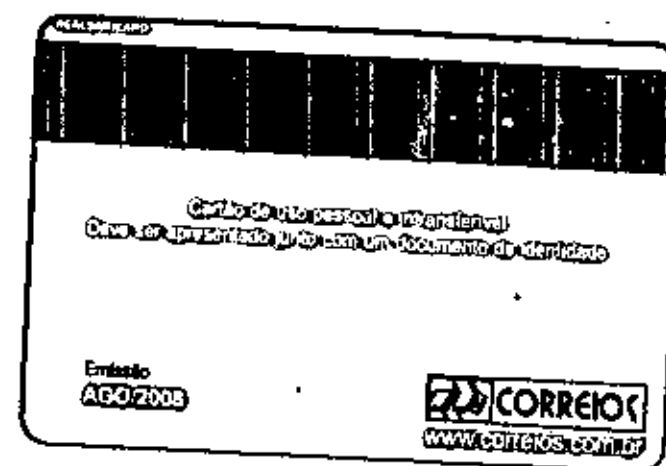
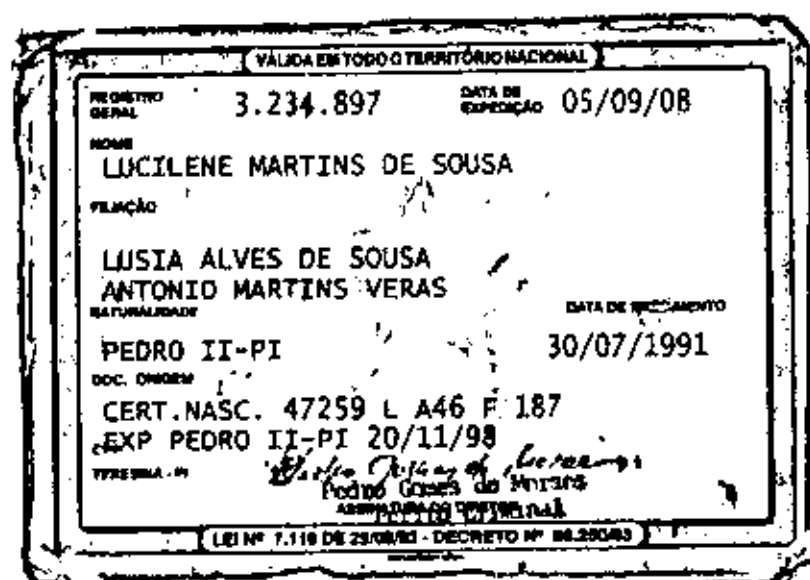
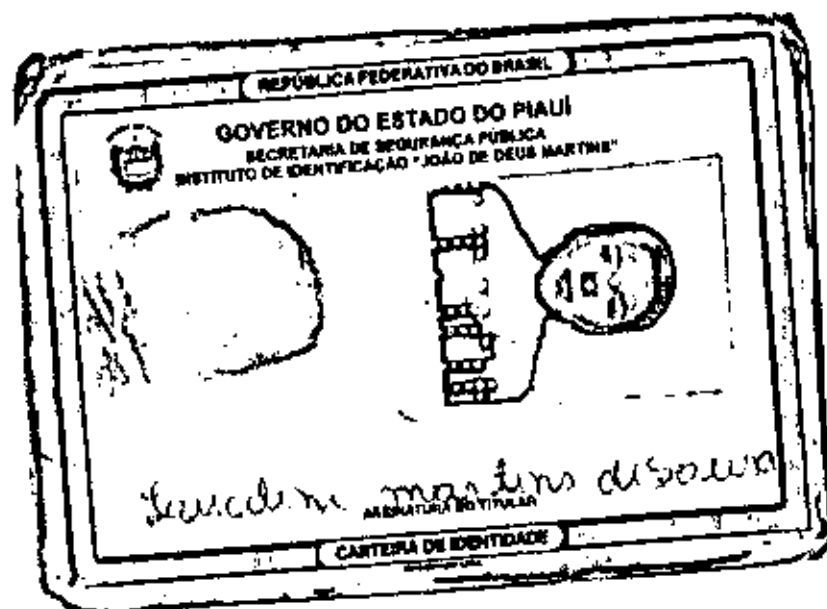


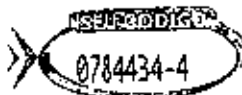
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.042-240/001 - 001 - Insc. Estadual: 14.201.382-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0170317-0	40,80
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
02/2019	13/02/2019

Nº da Nota Fiscal 017370984 FCAM

836500000000 2 40800017000 6 000000000170 1 317002190008 8





4. Fonte: Serviço de Energia Elétrica - TSEE, foi utilizada a Lei nº 14.132 de 26 de abril de 2002.

69.41

RDT: 141.317.19.03.035000

KESTER, T. L. 1983. *Journal of Fish Biology* 23: 1-10.

DEZ/18	54	CONSUMO - 44	58,68
NOV/18	58	CGINT - ILUMINACAO-PUB. (COSTP)	7,63
OUT/18	70	CORRECAO MONETARIA IC 11/18-00	0,34
SEY/18	69	MULTA POR ATRASO (2X)	2,23
AGO/18	72	JUROS POR ATRASO (2X)	0,53
JUN/18	55		
JUN/18	60		
MAR/18	46		
ABR/18	55		
MAR/18	47		

Expte. 1-10-11-2019, noo constatos foluras verficadas
1-10-11-2019.

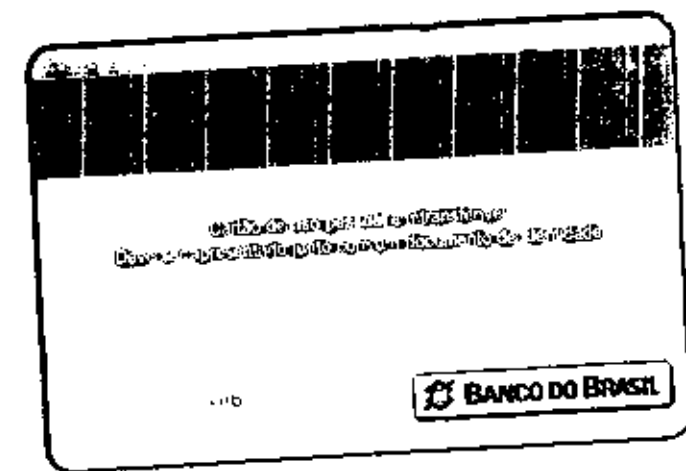
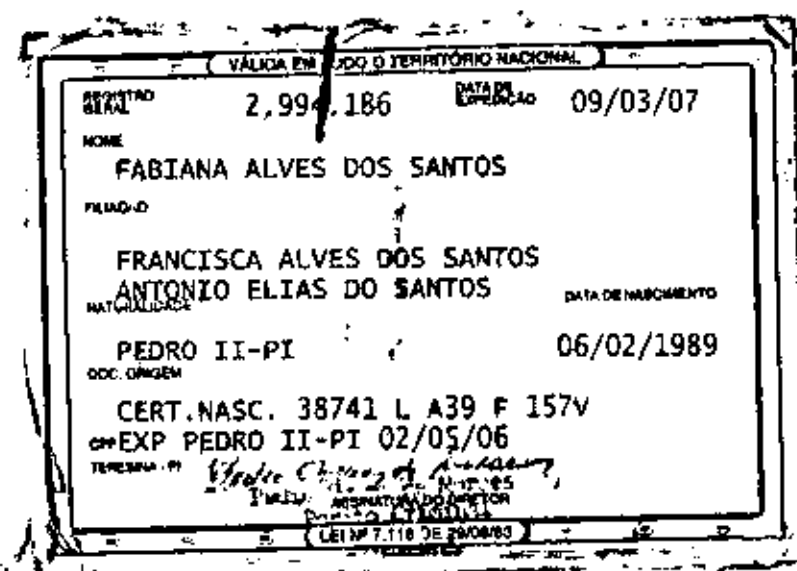
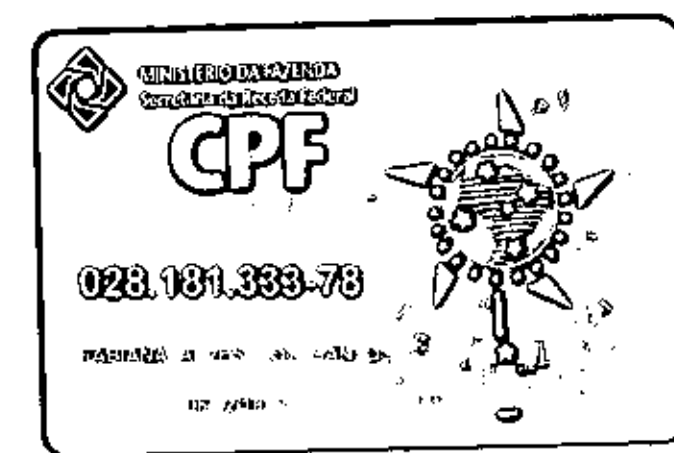
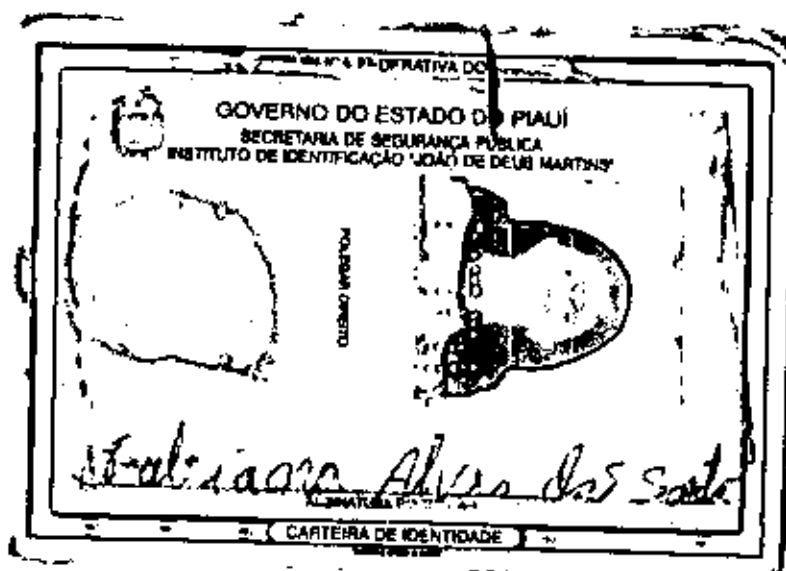
809C, A44E, A6EF, 6B3E, 363C, 384C, FB5C, 0ED8

RESERVA DO FISCO		
Tributantes:	12,26	58,68
Exemplos:	23,65	22,00%
Energia:	4,00	12,90
Transmissão:	2,52	0,59
Encargos:	16,25	2,76
Tributares:		

6,21	12,54	25,08	3,55	7,10	14,20	3,71
0,00			0,00			0,00

11/2018

19.83



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 395.186 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/08/17

NOME
ANTONINO FERREIRA MARTINS

FILIAÇÃO
MARIA MADALENA DA SILVA
ANTONIO FERREIRA MARTINS

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
PEDRO II-PI 18/12/1957

DOC. ORIGEM
CERT. CASAM. 373 L 2-B-F 73-X
EXP. PIRIPIRI-PI 22/06/89
272.214.312-72 Francisco das Chagas Pinheiro Martins
1372574

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

ASSINATURA DO TITULAR 1372574

CARTeira DE IDENTIDADE

ANTONIO FERREIRA MARTINS

1372574

CONTA MÊS

VENCIMENTO: 22-03-2019

MARÇO/2019

ANTONINO FERREIRA MARTINS
R. DES ALVARO BRANDAO 209 S/C
CPF: 00027221431272
CEP: 64.255-000 - PEDRO II

B-URBANO

ROT: 132.317.10.04.129400

DADOS DE LEITURA:

Atual:	4721	Atual:	15/03/2019
Anterior:	4597	Anterior:	13-02-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	15-04-2019
Consumo Medido:	124	Emissão:	14-03-2019
Consumo Faturado:	124	Acometimento:	15-03-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30

Código de Irregularidade:

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA:

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Porta	Código P&L	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL:	MONO	A1689003		1.1.1.1	131

HISTÓRICO VENCIMENTOS:

Mês/ano consumo	CONSUMO CONTR.	ILUMINACAO PUB. (COSIP)	Total
FEV/19	120		120,65
JAN/19	147		147,92
DEZ/18	172		
NOV/18	193		
OCT/18	132		
SET/18	124		
AGO/18	115		
JUL/18	94		
JUN/18	132		
MAI/18	124		

TÁXITA SEM TRIBUTOS:
R\$ 124 - 0,52000

LIGUE 0800 080 0800. E FAÇA O PLANO DE PAGAMENTO. Faturar vencido
Parabéns! Até o dia 14-03-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		7227.EA9E.851E.5E2C.FCC3.B25E.7F68.4AEC	Nº 154 - IMPOSTOS TRIBUTOS	
DISTRIBUIÇÃO DA COTA - R\$ 270,00				
Distribuição:	22,32	Base de Cálculo:	107,65	83,96
Energia:	43,13	Alíquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	7,30	Valor do ICMS:		23,68
Encargos:	4,60	Valor do PIS:	1,41%	1,18
Impostos:	30,30	Valor do COFINS:	6,49%	5,44

ROT: 132.317.10.04.129400

~~CONTABIL~~
CONTABILIDADE GERAL
ENERGIA

cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ-06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.363-5

SEM CÓDIGO
0493835-6

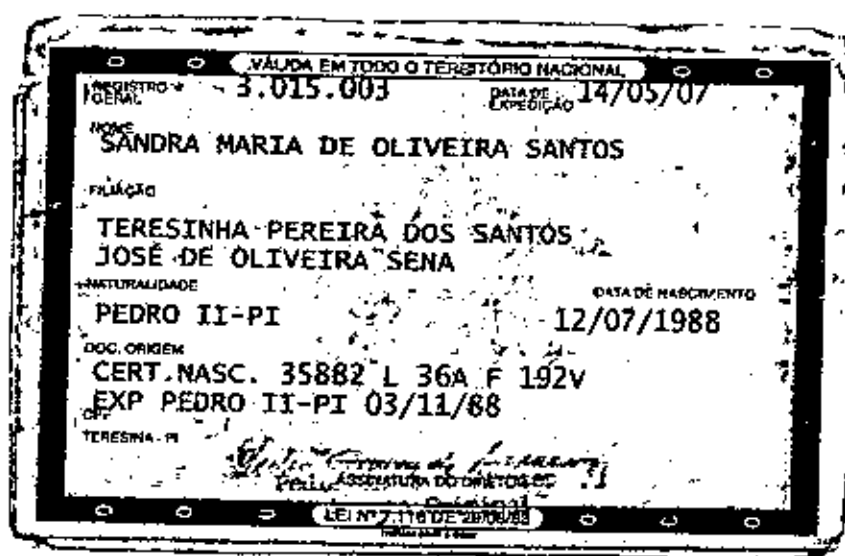
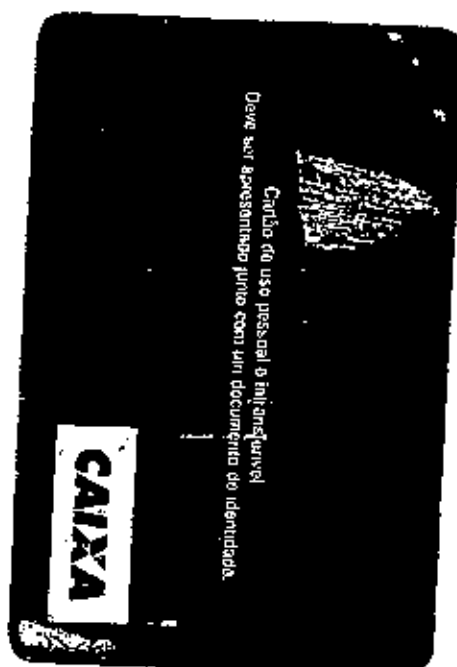
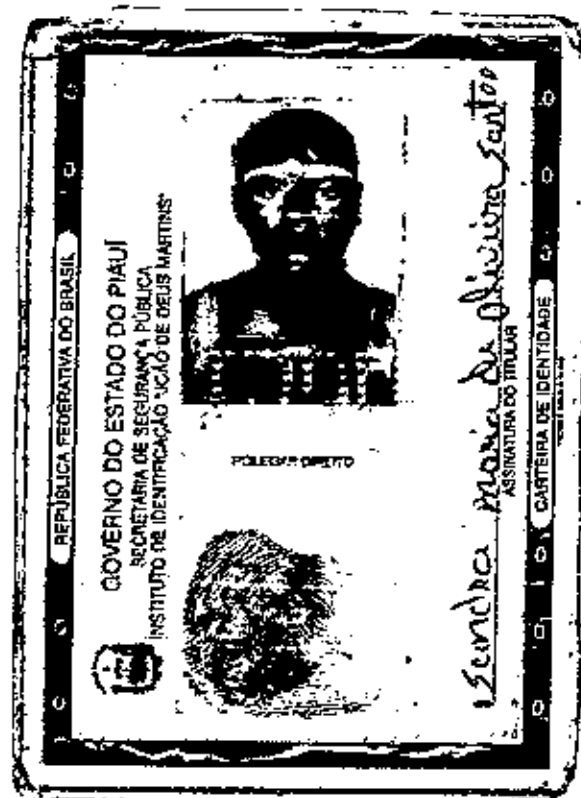
MÊS FATURADO
03/2019

TOTAL A PAGAR - R\$
121,57

VENCIMENTO
22-03-2019

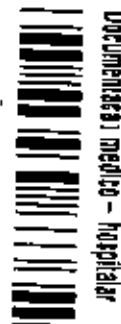
Nº da Nota Fiscal 019066524 FCAM

8360000000015 21570017000 8 000000000493 7 83560319008 2





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA
Rua Antônio Benigno, Nº 400 - CEP: 64.255-000 - Pedro II - Piauí
CNPJ: 06.553.929/0007-10
Fone: (86) 3271-2371
e-mail: getiranap2@hotmail.com



Documentação médico - hospitalar

Turambari Pereira dos Santos
CONSULTA BÁSICA

Nome: Sandra Maria de Oliveira Fontes

Cartão do SUS: 700 5089 4483 1755

Data de nascimento: 12 / 07 / 1988

Endereço: Logradouro ZIR

Município: Pedro II

Diagnóstico Provável: Alimentação inadequada

Acidente: Sim () Não () Consulta Especializada: Sim () Não ()

Tipo de acidente:

Exames: Sim () Não ()

Data da Consulta: 28 / 03 / 2018

Assinatura do médico

Dr. Paulo Costa Café de Oliveira
CRM PI Nº 5441

Manoel dos Reis Rêmedo de Azevedo

Assinatura do paciente ou impressão digital

CARTORIO GALVAO OLIVEIRA 2º OFÍCIO

CERTIDÃO

CERTIFICO QUE A PRESENTE COPIA ESTA CONFORME O ORIGINAL QUE CONFERI E ADJUNTO A ESTE CERTIDÃO.

PEDRO II 28/03/2018

TABELIÃO DO 2º OFÍCIO

Bel. Orlando Unias de Oliveira Junior
Tabelião e Oficial Substituto do
Registro Civil e Notas
2º Ofício Pedro II - PI





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA
Rua Antônio Benigno, Nº 400 - CEP: 64.255-000 - Pedro II - Piauí
CNPJ: 06.553.929/0007-10
Fone: (86) 3271-2371
e-mail: getiranap2@hotmail.com

SUS

Terapeuta Física dos Santos
CONSULTA BÁSICA

Nome: Sandra Maria de Oliveira Santos

Cartão do SUS: 300 5089 44 83 1755

Data de nascimento: 12 / 07 / 1980

Endereço: Lagoa Z/R

Município: Pedro II

Diagnóstico Provável: Acidente auto-celular

Acidente: Sim () Não () Consulta Especializada: Sim () Não ()

Tipo de acidente: _____

Exames: Sim () Não ()

Data da Consulta: 28 / 03 / 2018

Assinatura do médico

[Assinatura]
Dr. Raul Costa Leite de Oliveira
Médico
CRM PÍ 5447

Maria dos Remedios Pereira

Assinatura do paciente ou impressão digital



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Praça Domingos Mourão Filho, Nº 373 - Centro
CEP: 64.255-000 - Pedro II - Piauí

2218101288436

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH



Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Maternidade Jayfira Getirama Neto

2. CNES

3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. M. J. G. N.

4. CNES

Identificação do Paciente

5. NOME DO PACIENTE

Sandra Maria de Oliveira Santos

6. Nº DO PRONTUÁRIO

43.2235

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

700 5029 4483 1755

8. DATA DE NASCIMENTO

12.07.1988

9. SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11. TELEFONE DE CONTATO

12. ENDEREÇO (RUA, Nº - BAIRRO)

Lagoa - Zona Rural

13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Pedro II

14. COD. IBGE

15. UF

PI

16. Cep

64255-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Última de acidente motorizado e lesão
de fratura de fêmur distal.
Ao exame clínico, orientado, BEE, insensível, apático.

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Admissão

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

Exame clínico + RX

20. DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura rádio distal

21. COD. 10 PRINCIPAL

22. COD. 10 SECUNDÁRIO

23. COD. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura de rádio

25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26. CLÍNICA

27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28. DOCUMENTO

() CNES () CPF

29. Nº DOCTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

30. NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

Alison Volpini

31. DATA SOLICITAÇÃO

20/08/18

32. ASSINATURA (CARIMBO DO REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS

33. () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34. () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35. () ACIDENTE TRABALHO TRAJETIC

36. CNPJ DA SEGURADORA

37. Nº DO BILHETE

38. SÉRIE

39. CNPJ DA EMPRESA

40. Nº DO BILHETE

41. SÉRIE

42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43. NOME DO PROF. AUTORIZADO

44. COD. ORGÃO EMISSOR

45. Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46. DOCUMENTO

47. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE

SOLICITAÇÃO DE

DATA 29 / 03 / 18

HORA: 17:25

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Regional Chaga, Aco

MÉDICO: Dr. Felipe Verner

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria (X) Trauma () Clínico () Cirurgia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: SAMARA MARIA 16 04

Data do Nascimento: 12.07.88

Mãe: Teresinha Pereira dos Santos

RG ou CPF: Cartão Nacional: 201

Endereço: Localidade Lagoa - 201

Município de Propriedade: Pedro II

HDA: 1000

HD: 1000

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - A dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. °C P: bpm R: mrm PA:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
- () Aspiração () Medicação (especificar)
- () Curativo () Outros:

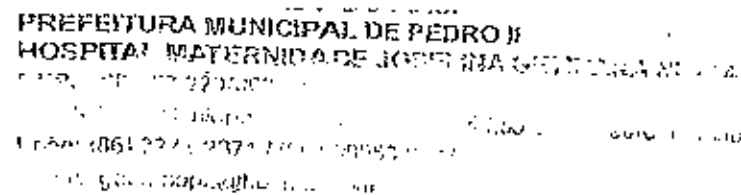
EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

DR. FELIPE VERNER PRONOMELO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PI 4427

Assinatura e carimbo do

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: Clínica/Posto: Senha:



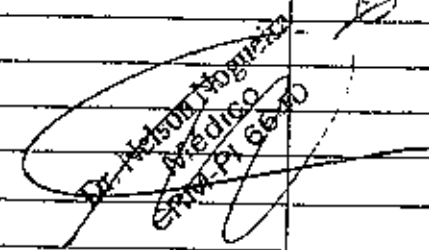
MÉDICO

[illegible]



FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: <u>Joana Maria de Oliveira</u>	Convênio	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	Médico Assistente
Data de Nascimento: <u>1/1/1</u>					
Mãe: _____					

Prescrição Médica - Assinatura	Relatório de Enfermagem	
	Horário Aplicação Medicamento	Observação
1) <u>Paracetamol</u>	<u>8h/12h/16h</u>	
2) <u>SE 0,9% 10ml (EV) 14g/10ml</u>	<u>(21:00)</u>	
3) <u>Volbren 01 amp (SN) 12/12h (SN)</u>	<u>21:05</u>	
4) <u>Vipruxa 01 amp + AD (EV) (SN)</u>	<u>21:05</u>	
5) <u>Procainona 01 amp + AD (EV) 12/12h</u>	<u>21:00</u>	
 Dr. Nelson Rogério Médico CRM-PI 6670		21:00h Observação PT admitida, está sendo monitorada de 20:00h, sendo que a mesma foi submetida a exames de rotina, por falhas de náusea, vômito, dor abdominal, pleurisia do 1º e 2º dia, pleurisia pleural, mte. e HVE em MSD, MSE (6/10/10) en- gendada, referindo dor intensa no local. Re- alizado monitora- mento e segue em repou- so no leito 3/3. Assinado: Sérgio da C.R. P.M. Gilmar Jorge M.O. 169



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA
CNPJ: 06.553.929/0007-10
Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122
e-mail: getiranap2@hotmail.com

Data: 30/03/18

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: Jara Mares de Oliveira

Data de Nascimento: / /

Mãe: / /

Convênio	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	Médico Assistente
	5	2		

Prescrição Médica - Assinatura

Relatório de Enfermagem

Horário Aplicação Medicamento

Observação

Rubrica

1) Suco de Laranja

2) DSE 0,9% 100ml (EU) 14h

3) Voltaren 0,5% 12/12h S/N

4) Paracetamol 0,5g + AD (EU) S/N

5) Paracetamol 0,5g + AD (EU) 12/12h

6) Suco de Laranja

7) DSE 0,9% 100ml (EU) 14h

8) DSE 0,9% 100ml (EU) 14h

9) DSE 0,9% 100ml (EU) 14h

10) DSE 0,9% 100ml (EU) 14h

11) DSE 0,9% 100ml (EU) 14h

12) DSE 0,9% 100ml (EU) 14h

Dr. Nelson Rogério
Médico
CRM-PI 66600

13h

14h

Samara Maria de A. S. e. e.

APTO / FIC

MÉDICO

5

2

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

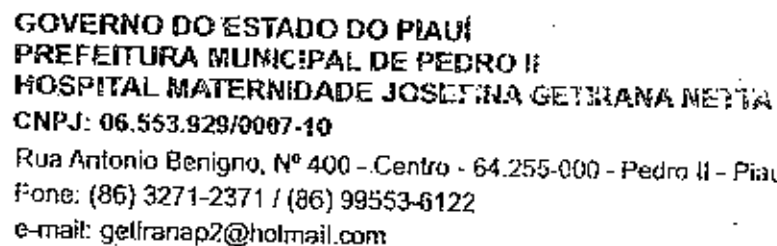
SINAIS VITAIS

O paciente evolui com
então, após a realização
de exame físico, encontra-se
bem, sem sinais de
no local, aceto de
deito, diurese e evacua
nião. Segue aguardando
origem de Seta em
ouro.

Marta Vilma Alves de Oliveira
Enfermeira
COREN-PR 205.127

Temp	1	2	3	4
Pulso				
Pressão				
Temperatura				
Saturação				
Frequência Cardíaca				
Frequência Respiratória				
Pressão Arterial				
Saturação de O2				

108
9



FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

[illegible]

[illegible]

EVOLUTION OF THINKING

RECEIVED
JAN 10 1964
U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C.

AmOAcO's in Equilibrium

[Faint handwritten notes at bottom:]

I have been thinking about you lately
and wondering how you are getting along.
I hope everything is going well.

W. A. R. 1910

CONFIDENTIAL

2017



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETO
CNPJ: 06.553.929/0007-10
Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122
e-mail: getiranap2@hotmail.com

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: SILVIA MARIA DE O-SILVA

Data de Nascimento: / /

Mão:

Convênio	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	Médico Assistente
	05	02		

Prescrição Médica - Assinatura

Relatório de Enfermagem

Horário Aplicação Medicamento

Observação

Rubrica

(1) DLE DA OMM LITE
(2) SFOY. 1000000 1000000
(3) 1000000 1000000
(4) 1000000 1000000
(5) 1000000 1000000
(6) 1000000 1000000

10:00 2.2
10:00 2.2
10:00 2.2
10:00 2.2

Dr. Georgeio Jose
Clínica Médica
CRM: 1000000



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE SAÚDE

Departamento de Saúde da Família e Comunidade

Fone: (11) 3211-7111 (86)

e-mail: guilherme2@hotmail.com

Nome: Sereno, Mônica S. Almeida
Data de Nascimento: 1/1/1971
Idade: 34

DIAGNÓSTICO

05 | 02

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Atendimento
2. Exame físico
3. Exame de sangue
4. Exame de urina
5. Exame de fezes
6. Exame de secreções
7. Exame de pele
8. Exame de olhos
9. Exame de ouvidos
10. Exame de nariz
11. Exame de garganta
12. Exame de pulmões
13. Exame de coração
14. Exame de abdômen
15. Exame de membros superiores
16. Exame de membros inferiores
17. Exame de reflexos
18. Exame de sensibilidade
19. Exame de força muscular
20. Exame de equilíbrio
21. Exame de coordenação motora
22. Exame de atenção
23. Exame de memória
24. Exame de raciocínio
25. Exame de personalidade
26. Exame de comportamento
27. Exame de valores
28. Exame de crenças
29. Exame de hábitos
30. Exame de estilo de vida
31. Exame de rede de apoio
32. Exame de recursos comunitários
33. Exame de acesso aos serviços de saúde
34. Exame de conhecimento sobre saúde
35. Exame de habilidades para a vida
36. Exame de resiliência
37. Exame de coping
38. Exame de autoconhecimento
39. Exame de autoestima
40. Exame de autoconfiança
41. Exame de autonomia
42. Exame de cidadania
43. Exame de participação social
44. Exame de liderança
45. Exame de trabalho em equipe
46. Exame de comunicação
47. Exame de negociação
48. Exame de resolução de conflitos
49. Exame de tomada de decisão
50. Exame de planejamento
51. Exame de organização
52. Exame de gestão de tempo
53. Exame de gestão de recursos
54. Exame de gestão de riscos
55. Exame de gestão de qualidade
56. Exame de gestão de processos
57. Exame de gestão de pessoas
58. Exame de gestão de tecnologia
59. Exame de gestão de inovação
60. Exame de gestão de sustentabilidade

Dr. Mardônio Nepomuceno Brito
Enfermeiro
COREN - PI 494.771

1. Atendimento
2. Exame físico
3. Exame de sangue
4. Exame de urina
5. Exame de fezes
6. Exame de secreções
7. Exame de pele
8. Exame de olhos
9. Exame de ouvidos
10. Exame de nariz
11. Exame de garganta
12. Exame de pulmões
13. Exame de coração
14. Exame de abdômen
15. Exame de membros superiores
16. Exame de membros inferiores
17. Exame de reflexos
18. Exame de sensibilidade
19. Exame de força muscular
20. Exame de equilíbrio
21. Exame de coordenação motora
22. Exame de atenção
23. Exame de memória
24. Exame de raciocínio
25. Exame de personalidade
26. Exame de comportamento
27. Exame de valores
28. Exame de crenças
29. Exame de hábitos
30. Exame de estilo de vida
31. Exame de rede de apoio
32. Exame de recursos comunitários
33. Exame de acesso aos serviços de saúde
34. Exame de conhecimento sobre saúde
35. Exame de habilidades para a vida
36. Exame de resiliência
37. Exame de coping
38. Exame de autoconhecimento
39. Exame de autoestima
40. Exame de autoconfiança
41. Exame de autonomia
42. Exame de cidadania
43. Exame de participação social
44. Exame de liderança
45. Exame de trabalho em equipe
46. Exame de comunicação
47. Exame de negociação
48. Exame de resolução de conflitos
49. Exame de tomada de decisão
50. Exame de planejamento
51. Exame de organização
52. Exame de gestão de tempo
53. Exame de gestão de recursos
54. Exame de gestão de riscos
55. Exame de gestão de qualidade
56. Exame de gestão de processos
57. Exame de gestão de pessoas
58. Exame de gestão de tecnologia
59. Exame de gestão de inovação
60. Exame de gestão de sustentabilidade

Dr. Mardônio Nepomuceno Brito
Enfermeiro
COREN - PI 494.771



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSÉ A. SILVA
CNPJ: 06.959.476/0001-10
Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - PI
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99353-0122
e-mail: getiranap2@hotmail.com

Data: 23/09/12

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: Andra Maria de Oliveira Souza
Data do Nascimento: 1/1/1981
Mãe:

Convênio	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	Atividade Realizada
AS	05	02		

Prescrição Médica - Assinatura

Agostinho Regalado

Relatório de Enfermagem

Horário Aplicação Medicamento	Observação	Rubrica
-------------------------------	------------	---------

Paciente recebeu o parâmetro
às 16:30

Alana F. Pereira
Téc. Em Enfermagem
COREN-PI 001.093.140

- 1) Dieta Oral Livre
- 2) Soro F.O. - 1000ml @ 14g/100ml (8:00)
- 3) Desembarque O.C. + S.O. @ 12/12hr
- 4) Dipirona O.C. + S.O. @ 6/6hr IV

Agostinho Regalado
Médico



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE PIAUÍ
Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122
e-mail: getiranap2@hotmail.com

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Obs!

Nome: Sandra Azeite de Oliveira

Data de Nascimento: 1/1/1970

Mãe:

Convênio	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	Médico Assistente
	5	2		

Prescrição Médica - Assinatura

Alto oral limpo

1) SF 0,9% - 1000ml (EV) 14gts/min

2) Dextrose 0,1% (IM)

3) Dextrose 0,1% + AD (EV) (SN)

Dr. Nelson Nogueira
Médico
CRM-PI 8646

Relatório de Enfermagem

70

Observação

Rubrica

Alto Alimentação
PI HPM

Sineta: 208 0329
Dr. Paulo Costa Costa de Oliveira
Médico
CRM-PI 5444

16c. Em El-Jermagem
de Castro Rodrigues
COREN-PI: 001.093.140

[Signature]

15 16:23 km, por la carretera
de la (Tremora) Horizontal de
police militar (HDM).

~~_____~~

BRITANNIA

[illegible]

37-17043-545

001034

043710 [unclear]

CONCLUSIONS

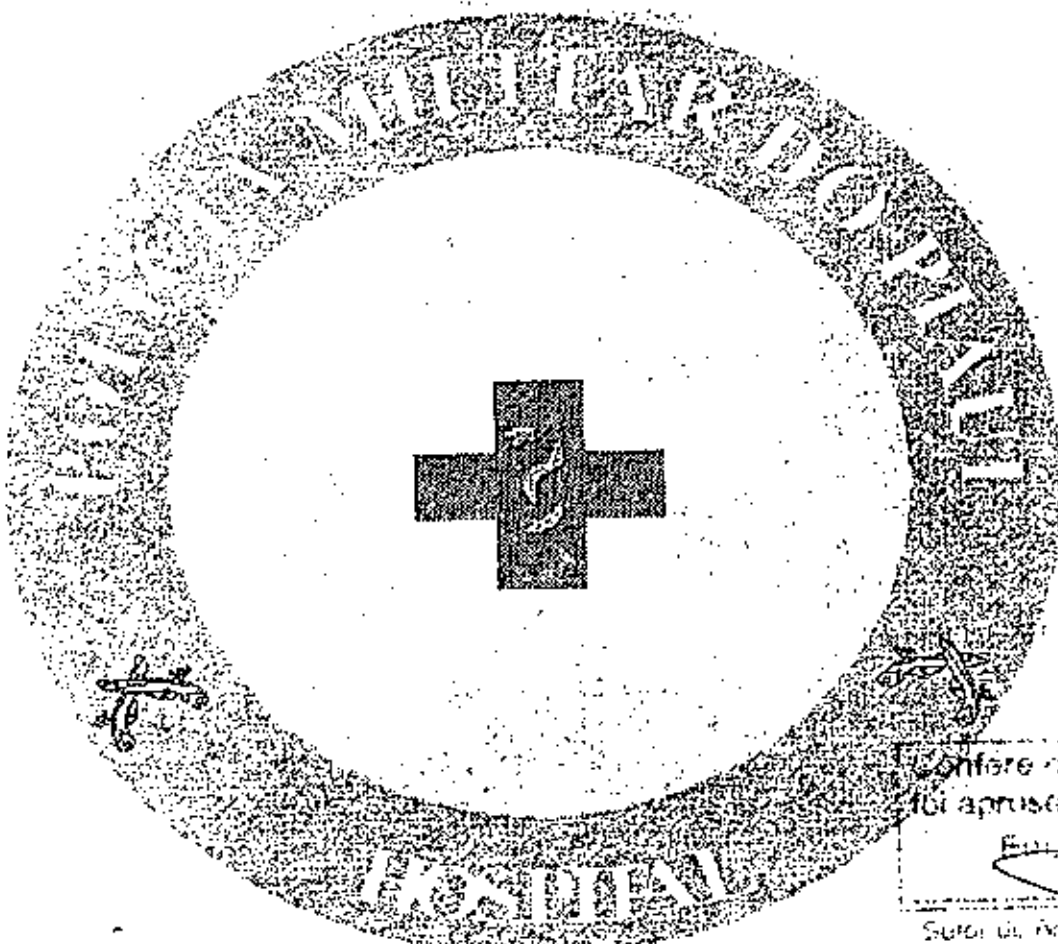
MF-2-10, 10/1/50

[illegible]
$$\mathcal{H}_1^i = \{x \in \mathcal{H} \mid \exists y \in \mathcal{H}_1^i \text{ such that } x = y\}$$
[illegible]

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere-se a autenticidade da cópia que
foi arquivada em 10/01/2010.

Em 10/01/2010
Luis Henrique Vitorino dos Reis - TEN. PM
Chefe do Setor de Arquivo Técnico do HPMP-PI
RG: 105198183-2 Mat. 144959

NOME DO PACIENTE: Santos, Maria de Oliveira Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 355148712

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP-PI
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

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

Nº LAUDO: 64834
ATH: 2218100192363

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPMM

CNES

2323451

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPMM

CNES

2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

700502944831755 SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

NASCIMENTO

12/07/1988

PRONTUÁRIO

355148

SEXO

F

DOCUMENTO

RG

3015003

TELEFONE

8698313569

NOME DA MÃE

TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS

RESPONSÁVEL

MADALENA DE SOUSA MARTINS

CEP

64255000

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

LOCALIDADE LAGEIRO

NUMERO / LOTE

0

BAIRRO

ZONA RURAL

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

PEDRO II

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAPISÁRIA ÚNICA DO RÁDIO DA ULNA

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0408020431

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAPISÁRIA ÚNICA DO RÁDIO DA ULNA

CÓDIGO

0408020431

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

CÓDIGO

0408020407

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

CID 10 PRINCIPAL

S525

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE APRESENTA FRAT DE RÁDIO DISTAL ESQUERDA, NECESSIDADE DE CIRURGIA.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

TERCIO DANTAS MOURA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

980016283179474

DATA SOLICITAÇÃO

11/04/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

980016001406516

04/04/2018 23:03:04

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Diretor Técnico do HPMM
CRM-PI 2608

Dr. Tercio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3024

Dr. Henrique Vasconcelos
RPM 195193153-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



N.º da Autorização de Internação Hospitalar (A/H)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	
3 - Nome do estabelecimento executor:	4 - CNES	620291
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS		6 - Prontuário: 355148	
7 - CDS: 700602944831755	8 - Nascimento: 12/07/1988	9 - Sexo: F	CPF:
11 - Mãe: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS		12 - Fone: 86-9.8313569	
13 - Resp: MADALENA DE SOUSA MARTINS		14 - Cor: PARDA	
15 - Endere: LOCALIDADE LAGEIRO	0	ZONA RURAL	18 - CEP: 64265-000
16 - Munic: PEDRÃO II	17 - Cod. IBGE: 220790	19 - UF: PI	RG: 30150-03

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente apresentando postura de
rodas distal esquerda com recrutamento
aduenla e por parte de nroto.

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de cirurgia

Lois Henrique Vasconcelos Reis 15/11/2014
RGPM 105198193-2 / Mar. 14495
Chefe do Setor de Arquivo 18 un

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

17 x → <i>patum de rade distal</i> (C)			
23 - Diagnostico Intcluk: <i>patum de rade distal</i>	24 - Cld Princ.: _____	25 - Cld Sec.: _____	26 - Cld C.Ass.: _____ <i>552.5</i>

Procedimiento Solicitado

28 - Cnd. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:		Tempo SUS	
29 - Clínica:		30 - Caracter:	31 - Documento:
POSTO II		Ident:	32 Doc. Med. Solic.
33 - Nome Profissional / Assistente		CPF	65265395491
EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR		34 - Data de Solicitação:	
		04/04/2018	

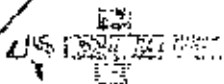
Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Billeda.	43 - Sário
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE, Empresa	44 - CECOR.
38 - () Acidente de Trabalho Injeto.			
45 - Vinculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.			

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Data Autorização.
48 - Documento	49 - Num. Documento	
50 - Ass. Cliente (R/S Concedido)		

51 - Assistentia Paciente ou Responsável:	Usuário: LUCIA SILVA Consulta Local: Consulta SUS: Impressão: 22/09/17
---	---



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	620291
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS		6 - Prontuário:	355148			
7 - CNS:	700502944831755	8 - Nascimento:	12/07/1988	9 - Sexo:	F	CPF:	
11 - Mãe:	TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS		12 - Fone:	86-9.8313569			
13 - Resp:	MADALENA DE SOUSA MARTINS		14 - Cor:	PARDA			
15 - Endere:	LOCALIDADE LAGEIRO		19 - CEP:	64255-000			
16 - Munic:	PEDEIO II	17 - Cod. IBGE:	220790	18 - UF:	PI	RG:	30150-03

Justificativa da Internação

6 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Lesão aguda de fratura de
pé direito esquerdo com cominuição
pilular após queda de moto.

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de cirurgia

Luiz Henrique Vasconcelos Neto 28/10/1979
RG 105198193-2 / Mat. 10455-9
Chefe do Setor de Apoio Técnico

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

RX → fratura de pé direito (C)

23 - Diagnóstico Inicial:

Fratura de pé direito

24 - Cid Princ.:

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

S52.5

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Osteossíntese para fratura de pé direito (C)

Tempo SUS

04.07.02.040

29 - Clínica:

POSTO II

30 - Caracter.:

Ident.:

31 - Documento:

32 - Doc. Med. Solic.:

CPF 65265385491

Dr. Tércio Lima Mouto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI: 6824
38 - Ass. Carim. Med. Solicitante

33 - Nome Profissional / Assistente

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data de Solicitação:

04/04/2018

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

40 - Nº. Bônus:

41 - Série:

37 - () Acidente de Trabalho Tipico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa:

44 - CBOR:

38 - () Acidente de Trabalho Trajetico.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

48 - Documento:

49 - Num. Documento:

50 - Ass. Carim. (RS Carim.)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

X. madalena de sausa martins

Usuário: LUCIA SILVA
Consultor Local:
Consultor SUS:
Impressão 22:33:17



Polícia Militar do Piauí HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL SIM ☐ NÃO ☐		FICHA DE PRONTUÁRIO		04/04/2018
IDEM OUTROS HOSPITAIS SIM ☐ NÃO ☐		Nome: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS		Pront.: 365148
		Nasco.: 12/07/1983 Sexo: F	Convênio: SUS - INTERNACAO	
		Atendimento: 620291	Enfermaria: POSTO II	ENF 208 LEITO
		Leito: 208		
CLÍNICA		Pai:		
		Mãe: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS		
Médico Assistente		RG: 3015003		
		Residência:		
Permanência		LOCALIDADE LAGEIRO		
		Nr.: 0		
CLÍNICA		Cep: 64255000		
		Bairro: ZONA RURAL		
		Cidade: PEDRO II		
		Telefone: 06 - 98313560		

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Paciente vítima de acidente de moto, apresentando fratura de rádio distal.

DIAGNÓSTICO

Provisório:		CID
Principal:	<i>Fratura de rádio distal</i>	CID <i>5.525</i>
Procedimento:	<i>Osteossíntese pl. fratura de rádio</i>	
Sintomas e Sinais Principais	<i>Dor e deformidade punho (E)</i>	Causa Médica Histo - Patológico <i>Luís Henrique Vasconcelos Reis - R. 27.711.111 RCPM 105198193-2 / Mat. 14495-9 Chefe do Setor de Anestesiologia</i>

TRATAMENTO

Tipo: ☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☒ Médico Cirúrgico	Terapêutica Médica	Operação <i>Cirurgia</i>	Eficácia ☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☒ Médico Cirúrgico
---	--------------------	-----------------------------	--

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação 04/04/2018 22:29:41	Data da Alta 12/4/18	Data da Hospitalização 04/04/18
--	-------------------------	------------------------------------

ALTA

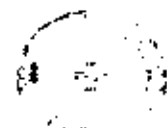
Saída ☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ A Pedido ☐ Internação p/ Diagnóstico	Divisão Médica ☐ Por Indisciplina ☐ Evasão ☐ P. Ambulatório	Transferência ☐ Fisiologia ☐ Psiquiatria ☐ Outros	Óbito ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação
---	---	---	---

THE / /

Assinatura:

Dr. Tércio
 ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
 CRM-PI: 3824

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 06/11/07
Nº DO PRONTUÁRIO: 555145 SALA: 68
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

- ① Paciente com D.O.H. no bloco
- ② Local e posição
- ③ Realizada redução interna
- ④ Curva no scope OK
- ⑤ Realizada fixação percutânea
- ⑥ 2 par R
- ⑦ Curva - OK

Dr. Tércio Daniel Moura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI: 3824

Dr. Henrique Vasconcelos Reis - 25.720.001
RGO: 105190493-7 / RAB: 14493-9
Cirurgião do Setor de Ortopedia

Cirurgia:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Cirurgião:

Antônia Erlene Dias
Técnico em Enfermagem
COREN-PI 922.628

DATA: 05/01/2012
Nº DO PRONTUÁRIO: 15513 SALA 02
CÓD DA CIRURGIA:

NOME: ROBERTO CARLOS DA SILVA Data: _____ Sexo: ASA
 PROCEDIMENTO: TRAQUEOTOMIA Anest. Ent e Leito: 3-3-11
 CIRURGIÃO: ROBERTO AUX.: _____ ANEST.: ROBERTO ANESTESIA: HALOTANO + SODIO
 INSTR.: ROBERTO CIRC.: ROBERTO FIM: 4-1-80 SALA: _____
 P.A. _____ F.C. _____ PESO: 110 Glicemia _____ Respir: _____

MONITORIZAÇÃO		OXIGÊNIO		SEQUÊNCIA	
		1	2		
☒ INJECÇÃO DE MEDICAMENTO: SIA, N/A, e P.A. VIDA ☒ FREQUÊNCIA CARDÍACA, A.P.A. QUANTIDADE ☒ TEMPERATURA		S.A.O. (mmHg) E.C.G. E.T.C. (mmHg)		1 2	
GLUCOSE (mg/dl)		1 2		1 2	

Common/Argos Additional

☐ FCG	☐ Oxidation	☐
☐ FAL	☐ Copolymerization	☐
☐ FAN	☐ PVC	☐

Case	Issue	Angle	Case	Issue
1				
2				
3				

Medicamentos Usados

Adrenalina	_____	Amp
Água dest. ioral	_____	Amp
Atropina	_____	Amp
Bexina	_____	Amp
Bromoprida	_____	Amp
Cefazolina 1g	_____	Fr f
Ceftriaxona	_____	Fr
Ciprofloxacina	_____	Fr
Clonidin	_____	Amp
Cotado 1	_____	Fr
Dexametazona	_____	Amp
Glicepim	_____	Amp
Dimorf	_____	Amp
Dipirida	_____	Amp

Dofetilone	Amp
Droperidol	Amp
Efedrin	Amp
Fenitrim	Amp
Rufinamp	ml
Fentanil	ml
Fentanyl (S/C)	Amp
Holatan	ml
Hydrocortisone	ml
Isoflurano	ml
Jalco nº	Ungt
Lindocaina	Vial
Metoprolol	Amp
Nifedipil	mg

Mideazolam	Fr
Metoprolol	Fr
Neoclasina 0.5%	Amp
Nitroglycerin	Amp
Novopain 0.5%	Fr
Nubain	Amp
Neoclasina	Fr
Nitroglycerin 0.5% Isobar	Amp
Neosigmina	Amp
Omeprazole	Fr
Onidazepam	Amp
Poiso Gel	Fr
Penciclovir	Amp
Proctid	Fr

Propofol	100 ml	Amg
Ramifidine		Amg
Quelclon		Amg
Quetiapina		ml
Romifenacil		Fr
Rimexetadina		Fr
S. Flisolag. 0,5%	ml	Fr
S. Glucosado 5%	ml	Fr
Scalin a*		Urof
Ticlid		Amg
Tilatil		Fr
Uropental		Fr

Amendments 25-28



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA
CNPJ: 06.553.929/0007-10
Rua Antônio Benigno, 400 - Centro - CEP: 64255-000 - Fones: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122
e-mail: getiranap2@hotmail.com

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERH
SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO / TRANSFERÊNCIA

DATA: 04/06/18 HORA: _____ NÚMERO DO TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: HAJUN
MUNICÍPIO: Terreiros II
MÉDICO: Dr. João Paulo
CRM: 5402

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO:

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria
() Outro: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Sebastião Francisco de Oliveira Santos
Data de Nascimento: 12/07/1938 Idade: 39 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino
CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: 7052944841755
Município de Procedência: Imperatriz - RR - Pedro II
HDA: Doente crônico de quadro de moto com paralisia de membros superiores, antebraço esquerdo

HD: Fratura extensora distal rádio e ulna CID: S52S

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

4 - Espontânea
3 - Comandos
2 - À dor
1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

5 - Orientado
4 - Confusa
3 - Palavras inapropriadas
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

6 - Obedece a comandos
5 - Localiza dor
4 - Movimento de retirada
3 - Flexão anormal
2 - Extensão anormal
1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/d

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

() Oxigênio () Hidratação
Venosa _____
() Aspiração () Medicação
(especificar) _____
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar cópia) _____

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO:

Clinica/Posto: Ortopedia

Senha: 10303035292

Luís Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-1 / Matr. 14435-1
Chefe do Setor de Internação

Dr. Maria Costa Leite de Oliveira
CRM 5402
R. 5402



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 95147
PACIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
NOME DA MÃE: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS
DATA DO NASCIMENTO: 12/07/1988
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 04/04/2018
DATA DO LAUDO: 17/04/2018
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura do rádio distal, com extensão articular.

Avulsão do processo estilóide ulnar.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura do rádio distal, com extensão articular.

Avulsão do processo estilóide ulnar.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

Luís Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 105198193-2 / M21.14455-9
Chefe do Setor de Radiologia

Liege Ribeiro Soares de Sampaio
Dra. Liege de Sampaio
Médica
CRM-Pi 41574

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 41574

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhéus - Teresina/PI
CEP: 64014-220 - CNPJ: 07.424.159/0002-25

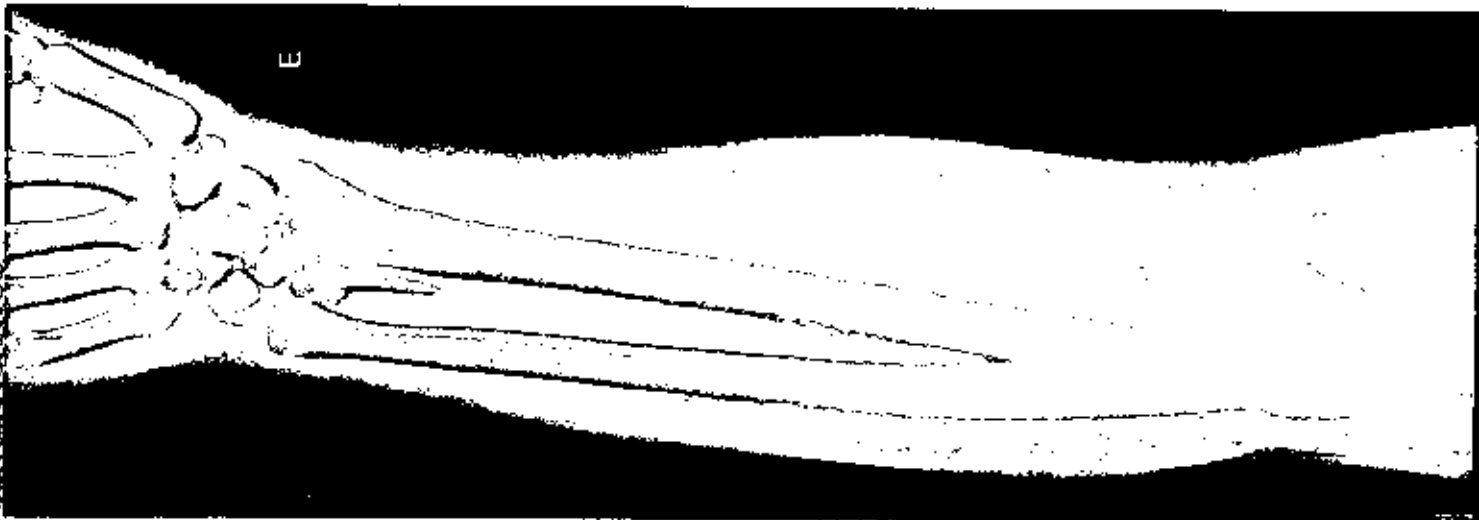
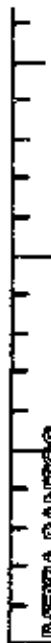
Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520

HPM/P1

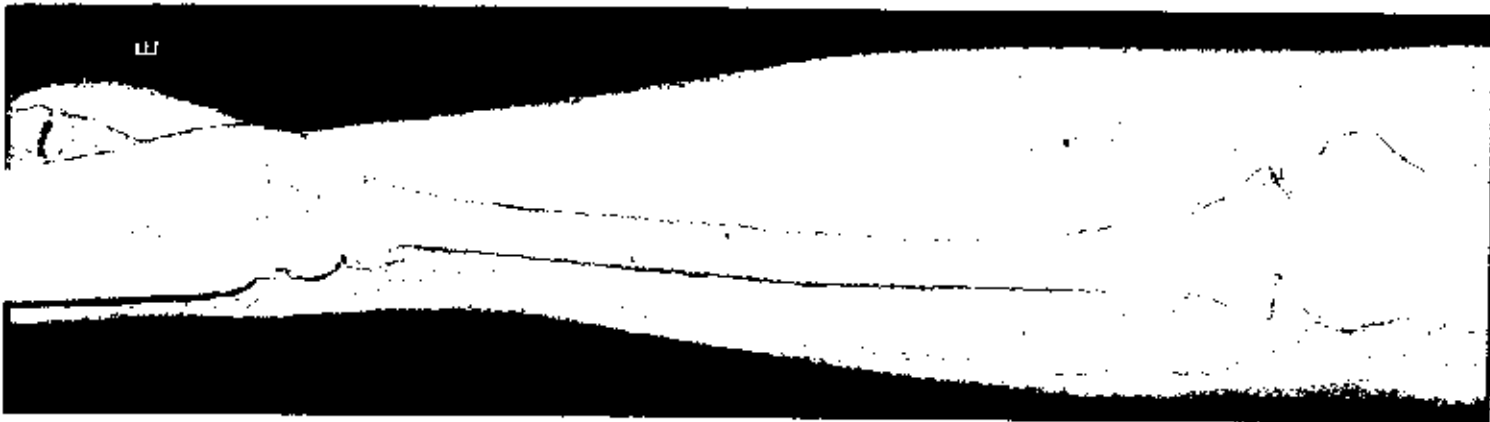
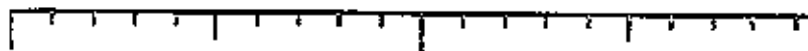
SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Idade: 020Y

Sexo: F



[Signature]
Luís Henrique Vasconcelos Reis 7.12.11
RGPM 105198193-7 / 11.11.11 14455-0
Chefe do Setor de Identificação



WC: 384
WWW: 748

Exame: 05/04/2018 Hora: 07:57
Guest



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 707032278

NOME.....: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

MÉDICO SOLIC:

DATA LAUDO...: 18/04/2018

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 07/04/2018

IDADE: 29 anos

CRM: -PI

CÓDIGO: 31760

RX PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico do punho esquerdo realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura na extremidade distal do rádio fixada com fios metálicos.
- Fratura no processo estilóide da ulna.
- Tala gessada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

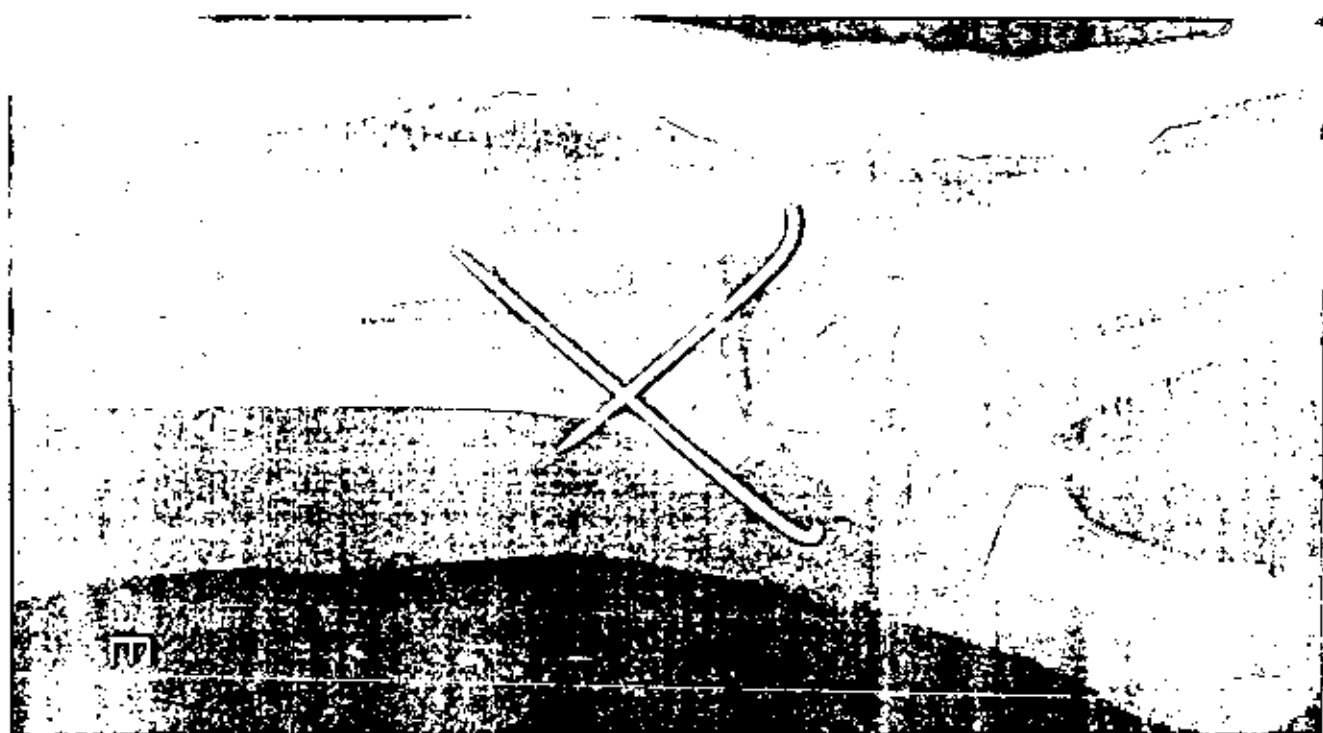
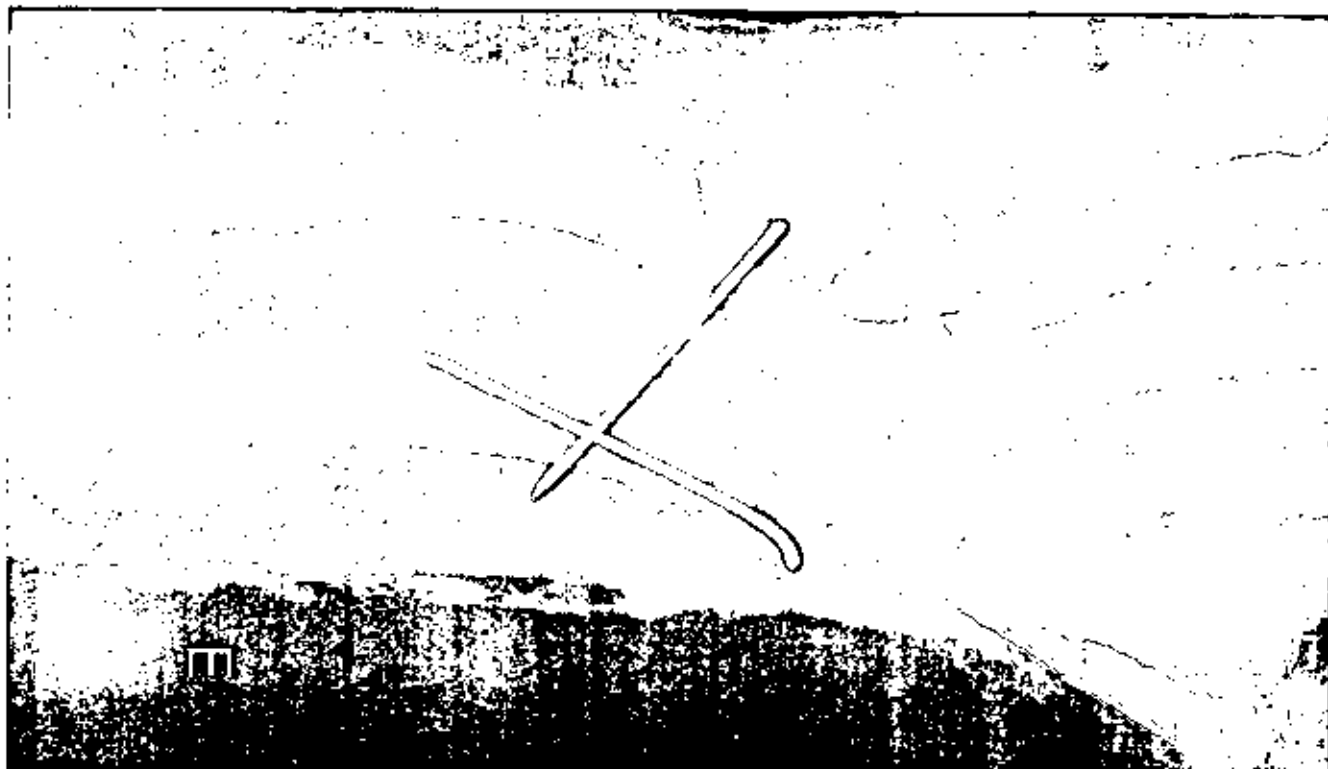
Controle ortopédico.

IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Luis Henrique Vasconcelos Reis - 1º Tenente
RGPIA 105188193-2 / Mat. 14433-9
Chefe do Setor de Imagem e Diagnóstico

Av. Epitácio Pessoa, 1642 - J. M. - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CRM 07.244.156/0002-28

Telefone: (95) 3227-6265
Fax (95) 3216-1520



01/04/2015 10:24
 01/04/2015 10:24

Luis Henrique Vasconcelos Reis 21/10/2015
 RGPM 105198193-2 / Matr. 14455-3
 Chefe do Setor de Planejamento



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO 92123
ATENDIMENTO: 620291
PACIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
DATA DO NASCIMENTO: 17/1988
CONVÊNIO: SUS - INTERMUNICÍPIO
MÉDICO: ERISVALDO DE OLIVEIRA FEITOSA
POSTO: POSTO II ENFERMAGEM - UNIDADE: 03

DATA: 04/04/2018

SEXO: F
IDADE: 29a 8m 24d

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

ERITROGRAMA:

Hemácias..... 4,0 milhões/mm³
Hemoglobina..... 11,4 g/dl
Hematócrito..... 36,1%

Valores de Referência
Homem Mulher
4,5 - 5,5 3,9 - 5,0
13,5 - 18,0 11,5 - 16,4
40,0 - 54,0 36,0 - 47,0

LEUCOGRAMA:

Leucócitos..... 7.600 mm³

Valores Referência
4.000 - 10.000

Bastões.....
Segmentados..... 71
Eosinófilos..... 2
Basófilos.....
Linfócitos..... 26
Monócitos..... 1
Metamielócitos.....
Mielócitos.....

3 - 5 %
50 - 66 %
2 - 4 %
0 - 1 %
20 - 34
4 - 8 %
0 - 0 %
0 - 0 %

OBS: DISCRETA HIPOCROMIA

Plaquetas..... 242.000/mm³

100.000 mm³ a 400.000 mm³

OBS:

Método: Impedância/Diluição

FRANCISCO DAS
CAP. QOPM-FARM.
CRF-PI

MACE
QUÍMICO

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

LUIS ROBERTO DOS SANTOS
RGPM 105198193-7 / ASS. 16595-3
Chefe do Setor de Análises Clínicas

Av. Higino T...
CEP 64014-20

Fones - Telefax
37.444.15 - 3002-25

Telefone (0) 3228-1260
Fax (0) 3216-1520

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

SEXO: F
IDADE: 29a : 1: 24d

REFRAC. CULO.....:TOTAL

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF - 0985

Luís Henrique Vasconcelos Reis 21.11.1961
RGFM 105198193-2 / Matr. 14433-9
Chefe do Setor de Atendimento

Telephone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3218-1520



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 92123
ATENDIMENTO: 620291
PACIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
DATA DO NASCIMENTO: 12/07/1988
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: ERISVALDO MACHADO FEITOSA
POSTO: POSTO II ENF: 208 LEITO:

DATA: 04/04/2018

SEXO: F
IDADE: 29a 8m 24d

CREATININA 0,9 mg/dl

Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
De 0,4 a 1,4 mg/dl

UREIA 30 mg/dl

Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência:
15 a 60 mg/dl

GLICOSE 70 mg/dl

Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
70 a 99 mg/dl

Luiz Henrique Forquilha Reis
RGPM 105198193-2 / M21. 14433-9
Chefe do Setor de Análises Clínicas

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985



HOSPITAL DIRETO ARAGUAIA
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

Pedido de Exames de Imagem

RECEBEMOS DE

Nome do paciente: 355148 - SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Data de Nascimento: 12/07/1988 02: - 29 Anos 8 Meses 24 Dias

Nome da mãe: TERESINHA PEREIRA DOS SANTOS

CPF:

RG: 3015003

SSP-PI

Sexo: F

Telefone: 98313585

Observação:

PEDIDO DE EXAME ELETROCARDIOGRAMA HPM

Atendimento: 620291

Data Pedido: 04/04/2018 23:30:00

Médico Solicitante:

Unidade Solicitante: POSTO II

Código Pedido: 95146

Convênio: SUS - INTERNACAO

Origem: RECEPTIVO DE PRECATORIO

CRM: 2541

Exame:

1241 ELETROCARDIOGRAMA

Usuário: ERISVALDO FEITOSA

Data de entrega: 18/04/2018 23:

Hospital da Polícia Militar do Piauí

Data da entrega: 18/04/2018 23:

Retirar o exame no setor PROTOCOLO das 7:00 às 17:00

Paciente: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Exame: ELETROCARDIOGRAMA

Data de entrega: 18/04/2018 23:

Convênio: SUS - INTERNACAO

Pedido: 95146

Atendimento: 620291

Data de Nascimento: 12/07/1988 02:

Assinatura: _____

Observação: A entrega de exames somente será realizada mediante a apresentação deste cartão e de documento de identificação

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ithotas - Teresina-PI - Cep: 64.014-220

HPMPI - CNPJ 07.444.159/0002-25

Fone: (86) 3216-1528 - Fax (86) 3216-1529

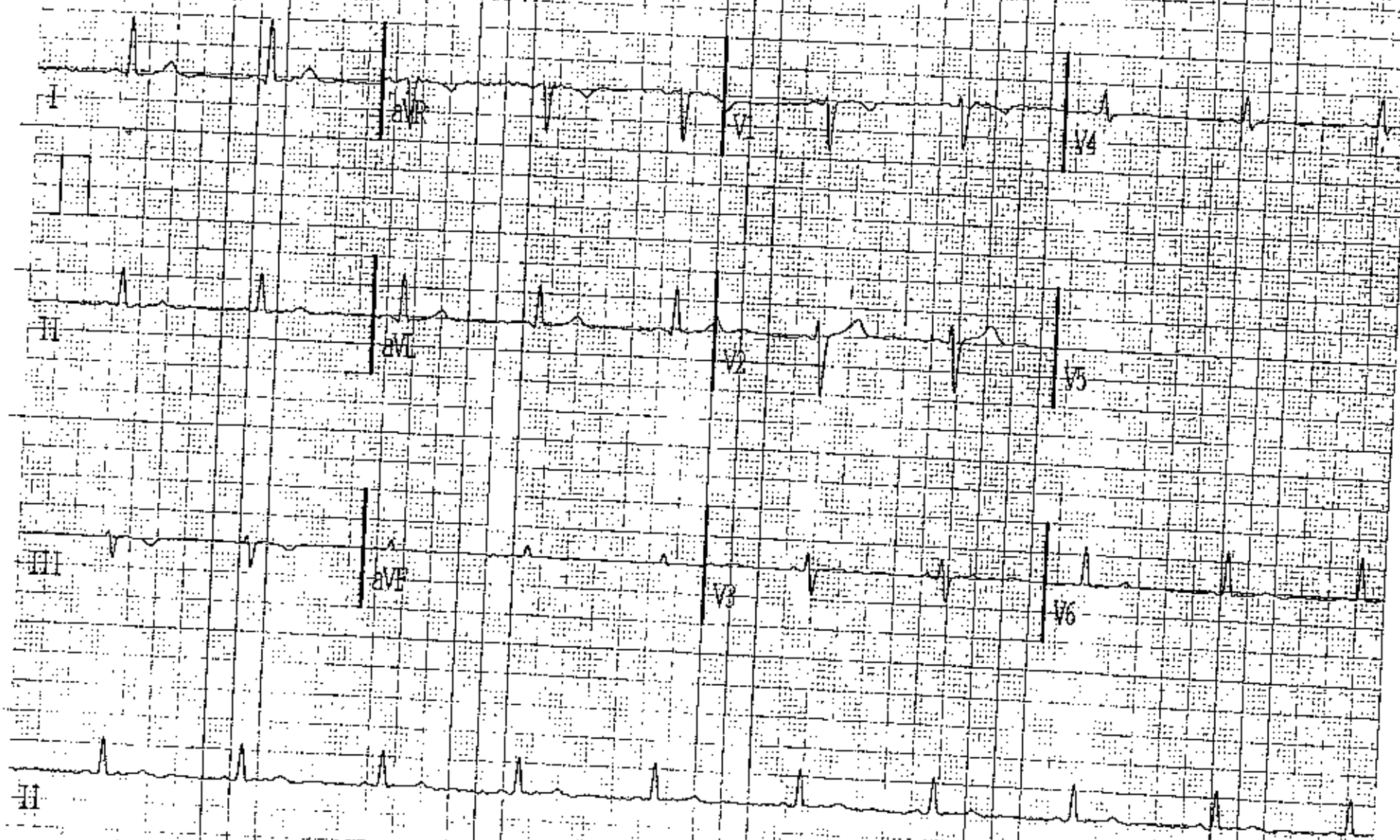
CANHOTO DO PACIENTE

ID: 90146
Name: SANDRA SANTOS
Age: 29yrs. Sex: FEM
H: 0cm W: 0kg
Heart Rate: 59 bpm
PR int: 118 ms
QRS dur: 88 ms
QT/QTc: 436/429 ms
P-R-T axes: 18-11-3

3-Channel + 1 Rhythm Report
*** Analysis Result ***
Bradycardia Sinusal (HR: 50-59)
Eixo Normal
[Alterações Mínimas ou Variação Normal do ECG]
*** Comment ***

Hospital: uc, C?
Confirmed by:

PACIENTE: SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
DATA NASCIMENTO: 12/07/1988 29 ANOS
MÉDICO SOLICITANTE: DR. ERISVALDO M. FEITOSA



0.1Hz-40Hz, AC 50Hz, EMG

All Channels: 10mm/mV 25.0mm/sec

BMS Plus - EKG Viewer

Bionet Co., Ltd.

Luiz Henrique Viana
R. 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 35

Declaração de proprietário do veículo

Eu, ANTONIO FERREIRA MARTINS



RG nº 395.186

data de expedição 09/08/2017

Órgão SSPPI

portador do CPF nº 272.214.312-72

com domicílio na cidade de PEDRO II

no Estado de

PIAUI

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DE SEMBARGADOR ALVARO BRANDAO

nº 209

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

cujo o condutor era

SANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG125 TITANES

Ano: 2000

Placa: 2WE 2910

Chassi: 9C2JC30101R021564

Data do Acidente: 28/03/2018

Local e Data:

PEDRO II - PIAUI 08/04/2019

Antonio Ferreira Martins

Assinatura do Declarante

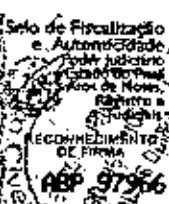
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO SALVADOR OLIVEIRA JÚNIOR

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE DE ASSINATURA(S)

DE Antonio Ferreira Martins

Martins



Salvador Oliveira Júnior
Tabelião e Oficial Substituto do
Registro Civil e Notas
2º Ofício Pedro II - PI

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 (Insc. Estadual: 19.301.363-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia (Mês) - Setor B -
Emprego: especial de Imprensa autorizada pela SEFAC/06/03

Nº da Nota Fiscal: 013258016

A Tarifa Social de Energia (TSE) - "uf 6" - vemada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTADOR	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	13/11/2018	30	8,51

GANDRA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS
C. CAPUANO DE CIMA S/N B-RURAL
CPF: 00004148929331
CEP: 64.255-200 - PEDRO II

CONTADOR	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
Atual	1124	05/11/2018
Anterior	1124	04/10/2018
Constante de Multiplicação	1,000	03/12/2018
Consumo Medido	0	05/11/2018
Consumo Faturador	30	05/11/2018

MINI

13

CLASSIFICAÇÃO	TIPO	VALOR	CÓDIGO	MÉDIA
ESID. B. RENDA	MGND	A1055890	1.4.3.1	0

DETALHAMENTO	VALOR	CONSUMO
CONSUMO	30 x R\$ 0,219729 =	6,59
CONTR. ILUMINACAO PLB. (COSIP)		1,10
DIFERENÇA DE TARIFA		12,59
SUBVENCAO BAIXA RENDA		11,77
ADICIONAL BAIXEIRA AMARELA	0,20	
ADICIONAL BAIXEIRA VERMELHA	0,42	
TARIFA G.D. (T.P.G.S.)	0,40	

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21/11/2018, em função das condições reclusas desta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informar ainda os valores contábeis vencidos e a regularização no valor de R\$ 88,90: 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)

RESERVADO AO FISCO A14C.52AA.3E84.5279.06A7.0A50.5C88.SDD:

COMPOSIÇÃO DA CONTABILIDADE	VALOR	COMPOSIÇÃO DA CONTABILIDADE	VALOR
Distribuição	5,12	Alíquota ICMS	
Energia	9,72	Valor do ICMS	
Transmissão	1,52	Valor do PIS	0,20
Energia	1,54	Valor do COFINS	1,65
Impostos	1,27		

6,27 12,54 25,08 3,55 7,10 14,20 0,71
0,00 2,00 0,00

PEDRO II

09/2018

2,04





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DIRETORIA DE UNIDADE E ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/ SAMU 192



SAMU
192

Nº _____

SOLICITAÇÃO DE SOCORRO

DATA: 22/03/12 Nº FONE DO SOLICITANTE: Maria Nº VÍTIMAS: 94 84 56 26

AMBULÂNCIA ACIONADA: (X) USB () USA () AMBULÂNCIA DO ESTADO

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

- | | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| (X) Acidente de Trânsito | () Queimadura | () Transporte/ Transferência |
| () Queda | () Choque Elétrico | () Já Removido |
| () Envenenamento | () Urgência Clínica | () Falso Chamado |
| () Agressão Física | () Urgência Obstétrica | () Outros |
| () Afogamento | () Urgência Psiquiátrica | |
| () Mal Súbito | () Urgência Pediátrica | |

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Anexo da Entrada do Museu do Povo BR 204

PONTO DE REFERÊNCIA: oposto ao Tênis

CONTROLE DA UNIDADE

SAÍDA DO P.A.: 19:10 H

CHEGADA AO LOCAL: 19:16 H

SAÍDA DO LOCAL: 19:22 H

CHEGADA AO HOSPITAL: 19:32 H

SAÍDA DO HOSPITAL: 19:39 H

CHEGADA AO P.A.: 20:05 H

HOSPITAL DE DESTINO: H. G. S. N.

APOIO SOLICITADO:

() POLÍCIA MILITAR () POLÍCIA CIVIL () UNIDADE EXTRA () CAPS

TELEFONISTA

MÉDICO REGULADOR

CARTORIO GALVAO OLIVEIRA 2º OFÍCIO

CERTIFICADO

CERTIFICO QUE A PRESENTE COPIA ESTA
CONFORME O ORIGINAL E CONFERE
AO QUAL ME HONROU ASSINAR E
EMISSÃO EM _____ DATA DE
EMISSÃO: 22/03/12

TABELIAO DO 2º OFÍCIO

Doutor Galvão Oliveira

Intendente do Cartório

Assessor Jurídico

2º Ofício Cartório





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DIRETORIA DE UNIDADE E ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/SAMU 192



SAM
192

Nº _____ 20 _____

DATA: 28 / 03 / 18

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

NOME DO PACIENTE: Sandra Maria da Oliveira Santos

SEXO: () MAS (X) FEM IDADE: 29 anos

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: BR 404

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------|
| () Envenenamento | () Agressão Física | (X) Acidente de Moto |
| () Choque Elétrico | () Afogamento | () Acidente de Carro |
| () Urgência Obstétrica | () Queda | () Mal Súbito |
| () Urgência Pediátrica | () Já Removido | () Falso Chamado |
| () Ferimento Arma Branca | () Ferimento arma de fogo | () Queimadura |
| () Atropelamento | () Urgência Clínica | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

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

PUPILAS

- (X) Iguais
() Desiguais
()

FALA

- (X) Normal
() Confusa
() Nenhuma

PULSO RADIAL:

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

Sat 99 Glic 90.1 T

SINAIS VITAIS	1ª Verificação	2ª Verificação
Temp		
P.A.	110 x 60	
Pulso	80	
Respiração	20	

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | | |
|------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| () Aspiração | () Imobilização de extremidades | () Ass. Obstétrica |
| () Oxigênio | (X) Prancha | () Hemostasia |
| () Reanimação Cardio - Resp | (X) Colar Cervical | () Curativo |
| () Ventilação Artificial | () KED | () |
| (X) Monitorização | () Acesso Venoso - Solução | |
| () Outros | | |

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA:

PCZ Valium de acidente de moto inusitado com fratura
no braço esquerdo e com pequenas lesões.

ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- | | | |
|----------------|-----------------------|----------------------------|
| () Melhorando | () Severa Gravidade | () Indeterminado |
| () Piorando | () Média Gravidade | () Óbito antes do Socorro |
| (X) Inalterado | () Pequena Gravidade | () Óbito no transporte |
| () Coma | () Ileso | |

HOSPITAL DE DESTINO: H. J. G. N.

Marlene
Bandeira

Profissional Receptor do Hospital

Médico/Enfermeiro

CARTORIO GALVAO OLIVEIRA 2º OFICIO
CERTIDÃO

CERTIFICO QUE A PRESENTE CERTIDÃO ESTA
CONFORME O QUE FOI DITO EM JUízo E
AUTUALMENTE EM JUízo E
SISTEMA DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
PEDRO II (PI) 8.1.04

[Handwritten signature]
TABELÃO DO 2º OFÍCIO

Bel. Orlando Uilas da Oliveira Junior
Tabelião e Oficial Substituto do
Registro Civil e Notas
2º Ofício Pedro II - PI

