

Consulta x 0800629 x Controle x Audiência x Download x (2) What's x Tribunal x Sistema x Portal do x Caixa de x

Processo Virtual Na... Administrativo Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0800629-33.2020.8.18.0140
RAWENNA SILVA LOPES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO D...

10905482 - CONTESTAÇÃO (2736590 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 22/07/2020 11:26:20

22 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10905479 - CONTESTAÇÃO
 - 10905482 - CONTESTAÇÃO (2736590 CONTESTACAO 01)
 - 10905483 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10905484 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10905485 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10905486 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 8

2736590- CS/ 2020-02630/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

prot.cont.pdf pa.pdf c.pdf PROT+PÇ.pdf pç.pdf Exibir todos x

PT 11:29 22/07/2020



22/07/2020

Número: **0800629-33.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **12/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

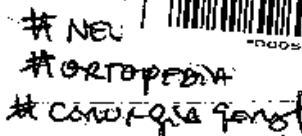
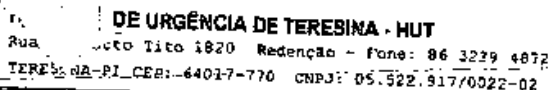
Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAWENNA SILVA LOPES (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10905483	22/07/2020 11:26	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Time: 05/06/2016 16:49:13

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAFAELLA SILVA LOPES		Prontuário: 407264	
Mãe: MARIA SILVA LOPES		Pai: NAO INFORMADO	
End. Resid.: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-016			
Nascimento: 16/04/1988	Idade: 28a12m:23d	Sexo: Feminino	Fone: 85-99807-4168
Responsável: MARIA SILVA LOPES		CNS: 108702155723660	
Profissão: ESTUDANTE		Documento: CPF: 602.059.903-35	
G. Instrução: Superior Incompleto		E. Civil: Solteira	
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 548804	Data: 07/06/2016 18:46:14	Condução: VEICULO DE LUGAR COM TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRANSITO VITIMA EM MOTOCICLETA INOTDE		
Acid. Trab.: NAO	Acid. Trajeto: NAO	Convênio: S U S
OS DA TRANSPORTADORA:	Acid. Trab. Tipico: NAO	CID Secundario: V293

DEGROSS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIA GERAL	Classificação: Amarelo
CONTEUDO NAO VERIFICADO 29 DEZ. 2016 Gente Seguradora S.A.		Profissional Cias. Risco: M.R. LENO SOQUEIRA SILVA CORP 381564 DT: 02/02/2016 18:49:12	
DADOS CLÍNICOS: (Hora:)		Rua Faria Pacheco, 3063 Lda 404 Centro - CEP 64001-160	

DADOS CLÍNICOS:

(Нога:)

DATA VITIMA DE ACIDENTE (CAUSA DE MORTE) HA 13 HORAS
COM GRUNHAÇO + PONTA DE MACHADA. MORSE DEB ENTRAHA COM OUTROS SIQUES
COM HA S D E MUSE, COM ADO T MUSE, CASSO ATUAL MUSE
HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME CURETOS
DATA 08/08/86 CURETOS

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp: _____	TECNOLOGO
Diagnóstico inicial:				CID:

CONDUITA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

① Diálogo = to do contrato de confiança
de os contrato de perfil, palme e tems ap
USG obone total
(X) contrato e ante aqto; coia tomo e de estomdo
Diálogo Ration = Novo, interesse e compromisso geral (3) SSU/HCC
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /

HORA: _____

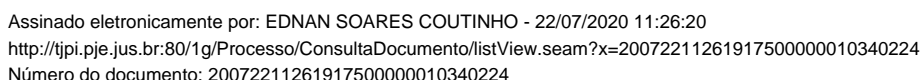
04085 20407
Procedimiento

551.5

Marcos Vitor P de Carvalho Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-PR 4792-5007 12503-

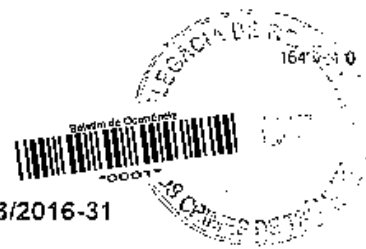
Assinatura - Profissional Médico

Mr. Silva Lopes de Naculo
Assinatura Paciente ou Responsável





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004208/2016-31

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 09/11/2016 - 09:49

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

07/06/2016 - 12:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

414984

Município

TERESINA

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE I

Endereço

AV. PRINCIPAL DO DIRCEU, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

ARMAZEM PARAIBA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAWENNA SILVA LOPES

RG: 0330958520079 SSPMA MA

Mãe: MARIA SILVA LOPES

Endereço: QD-206, CS-08/A, Nº 2606

Bairro: ITARARE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9900-4168

Tipo Envolv. VII-MA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ 125 ES, PLACA NXX-5840-MA, COR VERMELHA, RENAVAM 450137872, PROP. DE MARIA SILVA LOPES DO NASCIMENTO, E QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA CITADA, SENTIDO BR-343/BAIRRO, QUANDO UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS E LEVADA PARA A SUA RESIDÊNCIA. DEU ENTRADA NO HUT (PRONT 407264). TESTEMUNHA: JULIANA SILVA COSTA, END.: RUA MOTORISTA JOCA, Nº 3785-REDENÇÃO. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Rawenna Silva Lopes
RAWENNA SILVA LOPES - Noticiante
Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES
Delegada de Polícia

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2019
GENE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 165 Loja C
Centro - Teresina - PI CEP: 64.007.170

OS ORIGINAIS ESTÃO NO ASL - 1146765/16.





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCL



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 interdita 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

RAUL ENNA SILVA SOARES

CPF da Vítima

60205990355

Data do Acidente

07/06/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

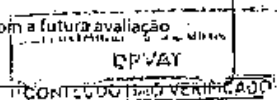
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



06 JAN. 2016

Belo Horizonte, 5 de janeiro de 2016

Local e Data

SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Vasconcelos 455 Loja 1
Cidade - Belo Horizonte - Minas Gerais

RAUL ENNA SILVA SOARES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL001 v001/2017



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: RAWENNA SILVA LOPES

Nº Sinistro: 3180024804

Vítima: RAWENNA SILVA LOPES

Data do Acidente: 07/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180024804**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **07/06/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01675/01676 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12308216





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar 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 pelo Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (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

60205980355

Nome completo da vítima

RAUENNA SILVA SOARES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
RAUENNA SILVA SOARES	60205980355	
Endereço	Número	Complemento
RS Vila Geométrica 5/104-10 aptal	501	
Bairro	Cidade	CEP
Parque Ideal	Ceresina	64077850
Email	Estado	Telefone (DDD)
	PI	99004468

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3606	033	89666	6
(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.

Ceresina 5 de janeiro de 2018

Local e Data

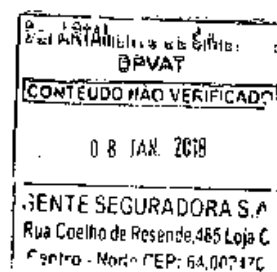
RAUENNA SILVA SOARES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF-001 Y001/2017





Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: RAWENNA SILVA LOPES

Sinistro: 3180024804

Vítima: RAWENNA SILVA LOPES

Data do Acidente: 07/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180024804** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Pag. 01047/01048 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12249787



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: RAWENNA SILVA LOPES

Nº Sinistro: 3180024804

Vitima: RAWENNA SILVA LOPES

Data do Acidente: 07/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180024804**.

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 12245233

Pag. 00179/00180 - carta_01 - INVALIDEZ



Procuração



Outorgante(s):

Nome: Raquelina Silva Lopes
R.G.: 033095952007-9 C.P.F.: 602054903-55
Endereço: Guadalupe 206 casa 03A Pique
CEP: 64078-15 Cidade/UF: Teresina Piauí

Outorgado(s):

Nome: Tiago Alves Soares
R.G.: 0075698 C.P.F.: 725131602-15
Endereço: Rua Materista Joca 3785 Redenção
CEP: 64012-772 Cidade/UF: Teresina Piauí

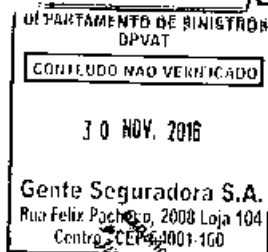
Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, informações por telefone, ter acesso ao número do sinistro acompanhar, providenciar documentos junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A conveniadas e a SUSEP e receber prontuários das unidades hospitalares HUT, SAMU, UPA.

OBS. É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Teresina 09 de Novembro 2016

3º OFÍCIO

Raquelina Silva Lopes
OUTORGANTE



Cartão
Identificação
Simples

TERESINA CARIÓTIPO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - AGENCIA GERAL DE SERVIÇOS DE NOTAS
REALIZANDO AGENCIA 1233 CENTRO - C/JO. 1000-200 - TERESINA-PI
Fone: (066) 321-1000 - E-mail: atendimento@cariotipo.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: RAQUELINA SILVA LOPES, DOU FE.
EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 09/11/2016. Ecol.: 3,52
TJ: 0,35 Saldo: 10,10 Total: 3,97

JUDITE DE CASTRO LINDOSO - Escrevente Autorizada
(59)

☐ Tabelião

☒ Escrevente autorizado



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160717420 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAWENNA SILVA LOPES **Data do acidente:** 07/06/2016 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura de punho direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





1- Autômetro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
11400450137872		Nº 9259328646	
DETRAN - MA CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	450137872		2014
MARIA SILVA LOPES DO NASCIMENTO			
CPF / CNPJ			
271.968.443-00			
PLACA ANT./NOVA	9C2JC4820CR2699B7		
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTONETA/		ALCO/USBDL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/BIZ 125 ES		2011 2012	
CAP. POT. / CIL.	CATEGORIA	VEICULO PRINCIPAL	
00002P/0124 C	PARTICU		
COTA ÚNICA	VENO. COTA ÚNICA	10/01/2014	
25/03/14			
P	FAIXA L.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	
A	01	0.00	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
286.75		1.11	292.01
DATA DE PAGAMENTO		14/01/14	
OBSERVAÇÕES			
RD / CIRIO Nogueira MOTOC LTDA			
COELHO NETO LTDA		07/02/2014	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
MA Nº 9259328646		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
EXERCÍCIO		2014	
CPF / CNPJ		PLACA	
271.968.443-00		NXK5840	
11400450137872			
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2014		10/02/2014	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	271.968.443-00	NXK5840	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
450137872	HONDA/BIZ 125 ES		
ANO FAB.	CATEG.	Nº CHASSI	
2011	09	9C2JC4820CR2699B7	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
125.04	DETRAN (R\$)	143.38	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
4.15		1.11	292.01
PAGAMENTO		DATA DE QUOTAÇÃO	
COTA ÚNICA		PARCELADO	
14/01/14			
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A			
CNPJ: 09.248.605/0001-04			
30 NOV. 2013			
Gente Seguradora S/A			
Ran Felix Prado, 2008 010			
Código - CEP 64011-00			

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **RAWENNA SILVA LOPES** Sinistro: **3160717420** Data: **07/06/2016**
Endereço do(a) Examinado(a): **Quadra 206, 08, QUADRA 210/QUADRA 207 - dirceu arco verde/ITARARÉ - Teresina - PI - CEP 64078-150**
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /MA**] **033095952007-9**
Data local do exame: [**18/01/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **fx radio distal D lesão LCA joelho E. sem limitação arco de movimento punho direito, sem dor ao movimento, sem bloqueio, sem atrofia ou retrações. sem limitação arco de movimento do joelho esquerdo, sem edema, sem atrofia.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **PUNHO: tratamento cirúrgico: fixação com placa + parafusos. sem complicações. JOELHO: ainda não fez o tratamento, que deve ser cirúrgico.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

(**X**) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em **120** dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

oriento nova perícia após correção cirúrgica do LCA.

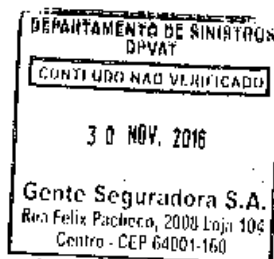


Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI





Autenticação de pagamento



NOME DO PACIENTE:

Ednan Soares Coutinho

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

403264

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".



**DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua: Octo Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

NEURO OA
ORTOPEDIA
CONCURSA GERAL

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 09/06/2016 15:49:13

DADOS DO PACIENTE:User: MARILANE SIQUEIRA
Funcão: EMERGENCIAPRO

Nome: RAWENNA SILVA LOPES		Prontuário: 407264	
Mãe: MARIA SILVA LOPES	Pai: NAO INFORMADO		
End. Resid.: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 16/04/1986	Idade: 28a:2m:23d	Sexo: Feminino	Fone: 86-99907-4168
Responsável: MARIA SILVA LOPES	CNS: 708302295723660		
Profissão: ESTUDANTE	Documento: CPF: 602.059.903-55		
G. Instrução: Superior Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 548804	Data: 09/06/2016 18:46:14	Condução: TIPO DE CHAMADA DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V295

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIAO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, HÁ +- 36H. RELATA TRAUMA EM "FRONTAL", DO LOMBAR, DOR EM MSE, MLE E ESCORIAÇÕES. EG:15.		Profissional Clas. Risco: MARILANE SIQUEIRA SILVA CORR - 183504 Em: 09/06/2016 18:49:12	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

DETE VÍTIMA DE ACIDENTE (QUEDA DE MOTO) HÁ 36 HORAS COM ABUNDANTE PERDA DE MEMÓRIA. HOS DEB ENTRADA COM QUEIXAS ALGAS COM MLE E MLE, COM APP. A MOTO (CARGO ATUAL) MOTO.

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: **CRANIO**
DATA: **09/06/2016**

Temp: **TECNOLOGO**

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1) Solução e to de crânio e continuidade
2) de cervical app para f, pene e tomox ap
USG abdome total

3) de crânio e to de crânio; com joelho e de crânio
4) de crânio e to de crânio; com joelho e de crânio

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Interessa, indique o Procedimento e CID

DATA: / /

HORA: :

04085 90407**552.5**

Procedimento

CID

Marcos Vitor P de Carvalho Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI 4792 5807 12501

Assinatura - Profissional Médico

ma Siqueira Lopes de Nacunto
Assinatura Paciente ou Responsável



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO		PRESCRIÇÃO MÉDICA		QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
					HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
01	1 - Dieta geral					
02	2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h					
03	3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/8h					
04	4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h					
05	5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h					
06	6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h s N					
07	7 - CCGG + SSVV					
<p>Marcos Vitor P. de Carvalho Filho Traumatologista Ortopédico CRM-P1 4792 SBOT 12503</p>						
<p>30 NOV 2006</p>						



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS-OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Raquelina Silva Lopes</u>		IDADE <u>27</u> anos	DATA <u>09/06/2016</u>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>10 hs 45 min</u>		TIPO DE ANESTESIA <u>GERAL</u>	TRAQUE <u></u>	BLOQUEIO <u></u>
CIRURGIA REALIZADA <u>Fúlb. punho D</u>		CIRURGIÃO <u></u>		

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>154 - 81</u>	<u>84/80</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>95</u>	<u>100</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>-</u>	<u>-</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>-</u>	<u>-</u>
NOME/MATRÍCULA	<u>Anuncição S</u>	<u>América</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tem tosse	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Não responde	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	ESCALA DE DOR ALTA	TOTAL	ASS.	ENFERMEIRO
		<u>08</u>	<u>Enfermeiro</u>	<u>Enfermeiro</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Sonda	() Nasog	() Nasoe
hs	mL	hs	mL	hs	mL	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

10:45 Admitido na SRPA em 02 de 10 minutos para punção de punho D. Sem efeitos de náuseas e vômitos. Consciente, com lentidão respirando espontaneamente. FO com curativos limpos sem queixas.

12:45 Paciente encaminhada ao PAC para curativos.

[Assinatura]

PREScrição Médica	ALTA SRPA
	HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

AMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENÓN ROCHA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Correção Denise

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. DE APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
<i>Raewenna Silva Lopes</i>		<i>Ortopedia</i>	<i>239 / Extra</i>		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES	
<i>09/06/16</i>	<i>POI</i>			<i>14:30' Indisposição na</i>	
				<i>clínica ortopédica no</i>	
				<i>eduto da SRPA em</i>	
				<i>POI de fratura de</i>	
				<i>muco (1) com</i>	
				<i>curativo selado sem</i>	
				<i>vergonha aparente</i>	
	<i>1) Dieta Livre após RPA</i>				
	<i>2) SF 0,9% 1000 ml, EV, 14 g/min (11)</i>				
	<i>3) Dipirona 1g + AD, EV, 6/6h</i>				
	<i>4) Tilatil 20 mg + AD, EV, 12/12h</i>				
	<i>5) Ranitidina 50 mg + AD, EV, 8/8h</i>				
	<i>6) Plavix 150 mg + AD, EV, 8/8h SM</i>				
	<i>7) CC 66 + 85 VU</i>				
	<i>8) Cefalefina 1g</i>				
	<i>+ AD, EV, 6/6h</i>				

IDENTIFICADOR DE INSCRIÇÃO
CONTEÚDO ADOTADO EM 2016
30 NO. 2016
Sociedade Sigurdson S.A.
Rua P. P. P. 200, L. 104
Canoa CEP 500-100

Dr. Thalisson Costa
MÉDICO
CRM-PV 401

UT



CIATRA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
RAWENNA SILVA LOPES		407264	28	Ortopédica	239	EXT 1	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI: 09/06/2016	FRAT. PUNHO D						
10/06/16						ah) alta hospitalar a critério médico	
1	Dieta oral livre						
2	Jeico salinizado						
3	dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
4	tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs						
5	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
8	Cuidados gerais e sinais vitais						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Dr. Paulo Henrique L. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 3357</p> </div> <div> <p>Dr. Paulo Henrique L. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 3357</p> </div> </div>							
<p>Dr. Gilberto Otonari / Dr. Yuri Illego Filho / Dr. Fernando Costa de Oliveira / Dr. Ricardo S. Vilami / Dr. João R. L. Passos Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</p>							



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Órgão Emissor: M221100001

AIH: 221610045816-5

UNI: H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: RANENNA SILVA LOPES

NASCIMENTO

16/04/1988

Identificação do Estabelecimento de Saúde

D.LIBERA: 10/06/2016

DT. 10/06/2016

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PROCED. 1 0408020407 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / da

OP. SIST: WELLINGTON

CID: 5525

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

1409

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RANENNA SILVA LOPES

6 - Prontuário: 407264

7-CNS: 708302295723660

8-Nascimento: 16/04/1988

9-Sexo: Feminino

CPF: 602.059.903-55

11-Mãe: MARIA SILVA LOPES

12-Fone: 86-99907-4168

13-Resp: MARIA SILVA LOPES

14-Cor: Sem Informação

15-Endex: RUA CEL RELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - CEP: 64000-010

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos:

Tumor e nódulo dorsal na fratura

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRVAT

CONTINUIDADE NÃO VERIFICADA

30 NOV. 2016

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de cirurgia

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Exame clínico e radiológico

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Princ: 5525

25-CID Sec: 1

26-CID C.Aux: 1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0408020407 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo SUS

2

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

887.204.893-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

08/06/2016

MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO

Marcos Vitor P de Carvalho Filho
Traumatologista Ortopédico
CRM-PI 4792 5801 12501

35-Ass. C.A. C.A. Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

38-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CHAE Empresa:

44-COR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

10/06/16

48-Documento:

49-Nam. Documento:

() CNS () CPF

50 - Assinatura Paciente ou Responsável:

M^{re} Silva Soares do NascimentoTânia Maria de Sousa Leão
50 - Ass. Assessoria DICA/ASMS
CRM-PI 4792 5801 12501
Assessoria Jurídica, ConselhoDESCRIÇÃO: MARCELO PORTO
Consulta Local: 58804
Consulta SUS:
Impressão: 08/06/2016 22:46:41

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:26:20

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072211261917500000010340224

Número do documento: 20072211261917500000010340224

Num. 10905483 - Pág. 19

104704



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/06/16

NOME DO PACIENTE: Rawenna Silva Lopes	PRONTUÁRIO Nº: 407264
DIAGNÓSTICO: FMT - PUNKO	CIRURGIA: MTCIPU
ANESTESIA:	Nº DA ANESTESIA: 01
CIRURGIÃO: Dr. Kao tse	CPF Nº: 000.000.000-00
AUXILIAR: Dr. Thalisson	CPF Nº: 000.000.000-00
ANESTESIA: Bloqueio (Dr. Jackson)	CPF Nº: 000.000.000-00
INSTRUMENTADORA: Socorro Oliveira	CPF Nº: 000.000.000-00

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8,0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA 30 NOV. 2016	ML	100	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20 (38)	UNID.	01		crepom	11	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRENCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				• Eletrodos	unid	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				• Escovas	"	04	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				• luvas 8,5	"	02	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 00	unid	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0		02		CIRCULANTE: Condição			
PROLENE							



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:26:20

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072211261917500000010340224

Número do documento: 20072211261917500000010340224

Num. 10905483 - Pág. 20



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente: Raewenna Silva Lopes		
Diagnóstico pré-operatório: Fratura côdea distal D		
Operação - Tipo: Reparo		
Cirurgião: Laércio	1º Assinante: Thalisson	
2º Assinante:	3º Assinante:	
Instrumentador(a):	Anestesiista:	Anestesia:
Anestésico(a):		
Data da Operação:	Início:	Fim:
Diagnóstico Pós-operatório: Fratura côdea distal D		
Relatório imediato do Patologista:		
Acidente Durante a Operação: Ø		

REANALIZAÇÃO DE SINISTROS
BIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV. 2016
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pichete, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1/ Anestesia + DDH
- 2/ Assepsia + Antissepsia
- 3/ Campos
- 4/ Faixa esmorch
- 5/ Incisão distal ulnar sobre 1.º e 2.º D (via Henry) / cerca de 6 cm
- 6/ Dissecção por planos
- 7/ Fixação com placa em 4.º e 5.º metacarpo
- 8/ Sutura
- 9/ Refrigeração

Dr. Thalisson Costa
MÉDICO
CRMPI/BAUT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 487264)
Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a:4m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
Requisição: 644088 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
Controle: 806889 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 08/06/2016

COTOVELO

O estudo radiológico do cotovelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Normal.

(JOAO ANTONIO)



TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
Endereço: **RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a:4m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548604
Requisição: 544088 Solicitação: 08/08/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
Controle: 806890 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 08/08/2016

BRACO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)



TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO
CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
Endereço: **RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: **16/04/1988** Idade: **28a:4m:29d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **548804**
Requisição: **644088** Solicitação: **08/06/2016** Solicitante: **CLERISTON SILVA MOURA**
Controle: **806891** Convênio: **SUS**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 08/06/2016

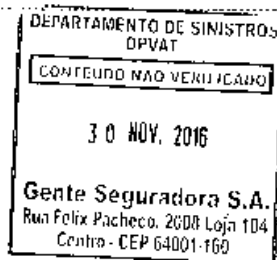
PUNHO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no rádio distal com deslocamento palmar do fragmento distal.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Fratura no rádio distal com deslocamento palmar do fragmento distal.

(JOAO ANTONIO)



TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.885.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a.2m.23d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
Requisição: 644089 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
Controle: 806892 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 08/06/2016

T.C. DE CRANIO

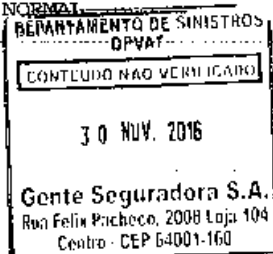
TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

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.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL

(RENAN)



TERESINA - PI 08/08/2016

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000
Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua-Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
 Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a:2m:23d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
 Requisição: 644090 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
 Controle: 806893 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 08/06/2016

US ABDOMINAL TOTAL

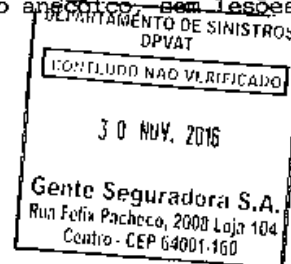
O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tóptica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Útero: em AVF, com dimensões e volume normais.
- Ovários: não visualizados.
- Musculatura pélvica com espessura e ecogenicidade normais.
- Não há imagens de lesões anexiais detectáveis pelo método.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.



(MÔNICA ALZIRA)

TERESINA - PI 08/06/2016

LUIS RONALDO DE CARVALHO SÁ FILHO

CPF: 462.454.993-72 CRM PI 2465

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tiro 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
 Endereço: **RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a.4m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
 Requisição: 644091 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
 Controle: 806894 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060133

Data Exame: 08/08/2016

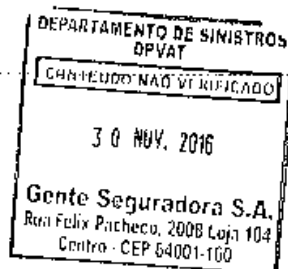
JOELHO

O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)



TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1920 - Redenção - Fone: 86 3229 9872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
 Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a.4m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
 Requisição: 644091 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
 Controle: 806895 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 08/06/2016

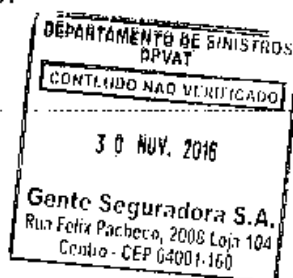
COXA

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame Normal.

(JOAO ANTONIO)



TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
 Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a:4m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548604
 Requisição: 644091 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
 Controle: 806886 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 08/06/2016

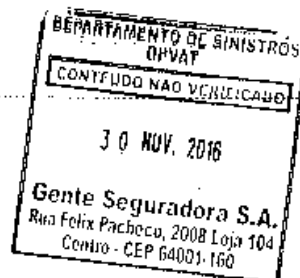
PE OU PODODACTILO

O estudo radiológico do pé esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOÃO ANTONIO)



TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua-Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
 Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a.4m.29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
 Requisição: 644092 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
 Controle: 806697 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 08/06/2016

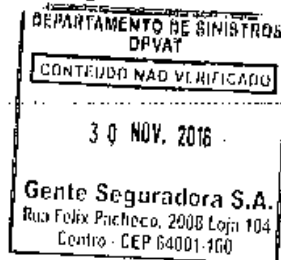
COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisários sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)



TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
 Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a.4m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
 Requisição: 644092 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
 Controle: 806898 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 08/06/2016

PELVE SIMPLES

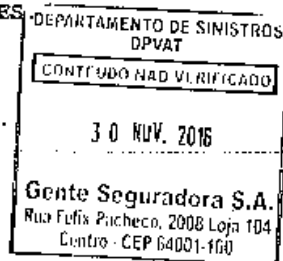
O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS , SACRO ILÍACAS E SINFISE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)



TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO
 CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
 Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otlo Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
 Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a:4m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
 Requisição: 644092 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
 Controle: 806899 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 08/06/2016

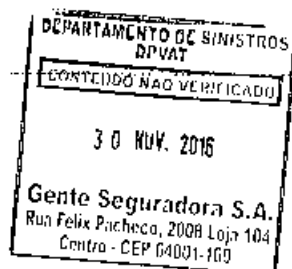
TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRENICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)



TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2887

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PJ CEP: 64017-790 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: **407264**)
 Endereço: **RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **16/04/1988** Idade: **28a:4m:5d** Sexo: **Feminino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **164409**
 Requisição: **644263** Solicitação: **09/06/2016** Solicitante: **NAGELE DE SOUSA LIMA**
 Controle: **807107** Convênio: **S U S** CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 239 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

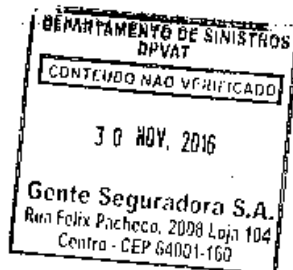
Data Exame: 09/06/2016

PUNHO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada distal no rádio fixada por placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)



TERESINA - PI 21/08/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Casa de Saúde e Maternidade de Caxias Ltda

R. Quininha Pires, 745 Centro Caxias-MA Fone (99)3078-3100 Fax: (99)3521-3600

CNPJ: 08.097.687/0001-01 Insc.Est: 12.098.126-02 CEP 65.602-050 e-mail exame@csmc.com.br

Paciente **RAWENNA SILVA LOPES**
Exame **RM JOELHO ESQUERDO**

Requisição **858785**
Med.Solicitante **EXTERNO**
Convênio **SUS**

Técnica:

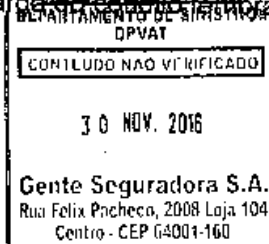
Exame realizado pela técnica de fast spin echo, com imagens obtidas predominantemente em T1, T2 e DP, em aquisições multiplanares.

Análise:


- Superfícies condrais regulares, sem fissuras ou erosões evidentes.
- Meniscos com forma, contornos e sinal preservados, sem sinais de lesão.
- Lesão do ligamento cruzado anterior de caráter agudo, associada a edema ósseo contusional nos platôs tibiais posteriores e em área de carga do côndilo femoral lateral, relacionados ao mecanismo de trauma.
- Ligamentos cruzado posterior e colaterais com continuidade, espessura e sinal conservados.
- Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.
- Tendões quadricipital, patelar, biceps femoral distal, trato ilio-tibial e tendões da pata de ganso sem particularidades.
- Mínimo derrame articular.
- Fossa poplítea sem formações císticas.

Conclusão:

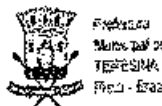
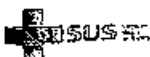
- Lesão do ligamento cruzado anterior de caráter agudo, associada a edema ósseo contusional nos platôs tibiais posteriores e em área de carga do côndilo femoral lateral, relacionados ao mecanismo de trauma.
- Mínimo derrame articular.



Caxias(MA), 06 de Julho de 2016


Dr. Everardo Leal Abreu
Radiologista
CRM 6915 - MA
Assinado Digitalmente





RECEITUÁRIO

Nome : RAWENNA SILVA LOPES

USO INTERNO

1. Cefalexina 500mg _____ 28 comp
Tomar 01 comprimido VO de 6/6hs por 7 dias
2. Xefo 8mg _____ 01cx
Tomar 01 comprimido VO de 12/12hs

ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta Instituição, devendo o mesmo marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS:

Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

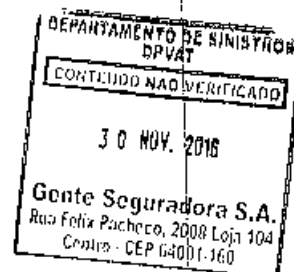
Cirurgia realizada por :

DR LAO

Teresina, 10/06/2016

Dr. João Henrique L. P. Silva
Médico CRM
Carimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE





Contabilidade do mms 2019

30 NOV 2016

Gentis Seguradora S.A.

Rua Fátima Pires, 2018 Lapa 104

Código: CEP 04201-100

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

PRVAT

CONTABILIDADE DO SINISTRO

30 NOV 2016

Gentis Seguradora S.A.

Rua Fátima Pires, 2018 Lapa 104

Código: CEP 04201-100

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

033095952037-9

21/04/2007

RAWENNA SILVA LOPES

MARIA SILVA LOPES

COELHO NETO - SA

16/04/1988

NASC. N.25.251 FLS.54 V LIV.63

602059903-55

P-244

ASSANTURA COELHO

VIA-81

30 NOV 2016

Gentis Seguradora S.A.

Rua Fátima Pires, 2018 Lapa 104

Código: CEP 04201-100

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

PRVAT

CONTABILIDADE DO SINISTRO





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

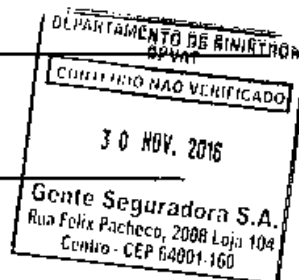
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu TIAGO LUIZ SOARES, portador(a) do RG nº 0075698, expedido por DETRAN-MT - CNH, em 15/09/15, CPF/CNPJ nº 725.131.602-15, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) RAWENNA SILVA LOPES do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima RAWENNA SILVA LOPES, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

TIAGO LUIZ SOARES
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



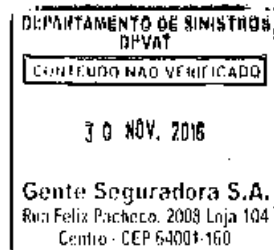


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA SILVA LOPES DO NASCIMENTO
RG nº 25509092003 2, data de expedição 09/08/2003
Órgão SSP-MA, portador do CPF nº 271968243-00, com
domicílio na cidade de COELHO NETO, no Estado de
MARANHÃO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA 14 DE ABRIL, nº 58,
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 RAWENNA SILVA LOPES cujo o condutor era
RAWENNA SILVA LOPES.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/Biz 125 ES
Ano: 2011
Placa: NXX 5840
Chassi: 3C24C4820CR269987
Data do Acidente: _____
Local e Data: COELHO NETO/28/10/2016



3º OFÍCIO

MARIA SILVA LOPES DO NASCIMENTO
Assinatura do Declarante

+ Rawenna Silva Lopes
602.059.903-55
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

3º OFÍCIO
Carimbo do 3º Ofício de Notas, com assinatura de Karoline Machado Barreto, Titular, e Karoline Machado Barreto - Substituto.



Cartório
1º Ofício de Notas
Cartório

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: ANA LUIZ M. COELHO NETO DE SAUSO PEREIRA
RUA LEONARDO WOLFEIRA, 1225 CENTRO - CEP: 64000-000 - TERESINA-PI
Fone: (082) 3221-7546 - E-mail: claudia@cartoriosampao.com.br

Cartório Thomaz Soares Sampaio
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escritório Camarões
Teresina - PI



RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: RAWENNA SILVA LOPES DO NASCIMENTO
EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 09/11/2016. Emol. 25,52
TJ: 0,35 Selos: 0,00 Total: 3,97
JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada

[] Tabelião [] Escrevente autorizado





DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Cel. Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

NEU
ORTOPEDIA
CONJUNTO GERAL



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Exp: 05/06/2016 18:43:13

Nome: MARILENE SIQUEIRA

Endereço: SHERAZENHAR

Nome:	RAVENNA SILVA LOPES		Prontuário:	407264
Mãe:	MARIA SILVA LOPES	Pai:	NAO INFORMADO	
End. Resid.:	RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI - CEP: 64006-010			
Nascimento:	16/04/1988	Idade:	28a:2m:23d	Sexo: Feminino
Responsável:	MARIA SILVA LOPES	Fone:	86-99507-4168	
Profissão:	ESTUDANTE	CNS:	706302295723660	
G. Instrução:	Superior Incompleto	Documento:	CPF: 662.059.903-55	
End. Local:		E. Civil:	Solteira(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	548804	Data:	07/06/2016 18:46:14	Condução:	INTERIORE
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Tipico:	Não
Convênio:	S U S				
CID Secundario:	V299				

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
QUEDAS	Dor moderada	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	Amarelo
	CONTEUDO NAO VERIFICADO	IRUEGIAO GERAL	
	29 DEZ. 2016	Profissional Clas. Risco:	
	Gente Seguradora S.A.	MARILENE SIQUEIRA SILVA	
	Rua Felix Pacheco, 2020 - Lj. 104	COBEN 323501	
	Centro - CEP 64001-100	Exp: 05/06/2016 18:49:12	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de acidente (queda de moto) há 13 horas com dor moderada e perda de memória. Motivo de entrada com queixas de dor no L4/L5 e L5/S1, com dor a mobilização atual da região.

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: *crânio*

DATA: *07/06/2016*

PA: ____ x ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____	bpm	Temp: ____	TECNÓLOGO
Diagnóstico Inicial:					

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1) Solicito e fa o crânio e coluna cervical
2) Solicito e fa o crânio e coluna cervical
3) Solicito e fa o crânio e coluna cervical

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	0408580407	552.5
		Procedimento	CID

Dr. Zenon Rocha do Nascimento
Assinatura Paciente ou Responsável

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI 4797. SBO 12503
Assinatura - Profissional Médico



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



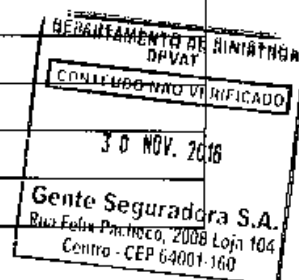
Documento de identificação

Eu, RAWENNA SILVA LOPES

RG nº 0330959520023 Data de expedição 21/09/07 Órgão SSP-MA

CPF nº 602.059.909-55, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>QUADRA - 206</u>
Número	<u>08-A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>DIRETO ARCO VERDE</u>
Cidade	<u>TERESINA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64078-150</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 99508-7247</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Terresina 23 setembro 2016

Assinatura do Declarante: RAWENNA SILVA LOPES



AGS Av. Marechal Castello Branco, 101 - Norte - Teresina - PE
 Inscrição Estadual: 19.301.656-77 CNPJ: 06.845.747/0001-27
 Internet: www.agsps.com.br
 Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

401002-4 Hidrômetro 410X020937 OUT/2016

TERCEIRO Socializador
 FRANCISCA G DA SILVA PESSOA
 RUA DIRCEU ARCOVERDE 11 Q-206 Q-210, Q-207
 CASA-08A ISTARARE
 TERESINA 64078150 AG= 27

Situação	Ins.	Categoria de Uso	Pub.	Inscrição
3/1	1	Com.		110 39 02 0313 0112-000

20/09/2016 21/10/2016 31

Valor	Histórico de Cotações	Doc.	Valor
34/16	305	0	0
35/16	305	0	0
36/16	305	0	0
37/16	305	0	0
38/16	306	1	0
39/16	307	1	0
10/16	316	9	0

Fatura de Faturamento
FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO
 Cód. Responsável 917024710 Código do Tufio 01
 Consumo Médio 0 Cód. Res. Água 0 Cód. Res. Esgoto 0
 Consumo 9 Consumo Faturado 10

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 Valor (R\$) 25,73
 1,60

AGUA
 MANUTENCAO HIDROMETRO CONTEUDO NAO VERIFICADO
 30 NOV. 2016
 Gente Seguradora S.A.
 Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104
 Centro - CEP 64001-160

30/10/2016 27,33

AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: 25,73
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO E AS
DIAS APÓS VENCIMENTO.

Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Parâmetros							
Valor Mínimo Prescrito	308	89	308			308	308
Por Mínimo de Acoplamento e Códigos	341	124	341			341	341
Por Acoplamento e Códigos	341	123	341			341	341

PRESEERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LIGUE OS RESERVATÓRIOS SE ESTIVEREM.
LEITOR: EM 2 DE OUTUBRO, VOTE LIMPO, VOTE CONSCIENTE





DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Getúlio Vargas 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

NEURO
ORTOPEDIA
CONEXÃO GERAL



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 08/06/2016 15:49:13

Nome: MARLENE SIQUEIRA
Telefone: EMERGENCIAL(05)

Nome: RAWENNA SILVA LOPES		Prontuário: 407264
Mãe: MARIA SILVA LOPES	Pai: NÃO INFORMADO	
End. Resid.: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI - CEP: 64090-010		
Nascimento: 16/04/1988	Idade: 28a:2m:23d	Sexo: Feminino
Responsável: MARIA SILVA LOPES	CNS: 708302255723660	Fone: 86-99907-4168
Profissão: ESTUDANTE	Documento: CPF: 602.059.903-99	
G. Instrução: Superior Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRVAT
CONTINUAÇÃO DO VOUCHER CADU
30 NOV 2016

Gente Seguradora S.A.
RUA PACHECO 2008 LOP.
CONVÊNIO 669-669 64001-160

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 548804	Data: 08/06/2016 18:46:14	Condução: VEICULO DE TRÁNSITO DE DO
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÁNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Tipico: Não
		CID Secundario: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIAO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA HA 36 HORAS. RELATA TRAUMA EM TORNADO, DO LUMBAL, DOR EM MSE, MLE E ESCOTAÇÕES. RG:15.		Profissional Clas. Risco: MARLENE SIQUEIRA SILVA CRM: 382564 EMP: 08/06/2016 18:49:12	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____:____)

PTE VITIMA DE ACIDENTE (QUEDA DE MOTOC) HA 36 HORAS
COM CONTUSÃO E FERIDA DE MACHUCAD. HOJE DEB ENTRADA COM QUEIXAS SIGES
EM MSE E MLE, COM DOR A MODERADA ATUAL. **HUT DR. ZENON ROCHA**
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp: ____
Diagnóstico Inicial:			
CID:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1) Solução de traço de crânio e continuado
Rx de coluna a p e p a f, plex e tom AP
USG ABDOME TOTAL
2) Solução de traço de crânio e continuado
Rx de coluna a p e p a f, plex e tom AP
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: **(3) SUSTITUIÇÃO**

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____:____	Procedimento: 0408530407	CID: 552.5
----------------------	----------------------	---------------------------------	-------------------

ma Silva Lopes da Nacudo
Assinatura Paciente ou Responsável

Marcos Vitor P de Carvalho Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI 4792 5807 12501
Assinatura - Profissional Médico





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004208/2016-31

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 09/11/2016 - 09.49

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL DO DIRCEU, Nº.

Complemento

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE I

Ponto de Referência

ARMAZEM PARAIBA

Data/Hora

07/06/2016 - 12:00

320631

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAWENNA SILVA LOPES

RG: 0330950620079 SSPMA/MA

Mãe: MARIA SILVA LOPES

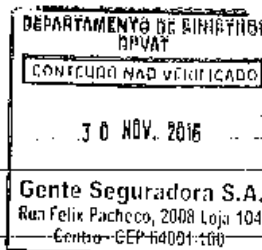
Endereço: QD-205, CS-08/A, Nº 2605

Bairro: ITARARE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9900-4168

Tipo Envolv.: VII - MA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-100

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ, 125 ES, PLACA NXX-5840-MA, COR VERMELHA, RENAVAM 450137872, PROP. DE MARIA SILVA LOPES DO NASCIMENTO, E QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA CITADA, SENTIDO BR-343/BAIRRO, QUANDO UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS E LEVADA PARA A SUA RESIDÊNCIA. DEU ENTRADA NO HUT. (PRONT. 407264). TESTEMUNHA: JULIANA SILVA COSTA, END.: RUA MOTORISTA JOCA, Nº 3785-REDENÇÃO, DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085186
AGENTE DE POLÍCIA

Rawenna Silva Lopes
RAWENNA SILVA LOPES - Noticiante
Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES
Delegado de Polícia



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



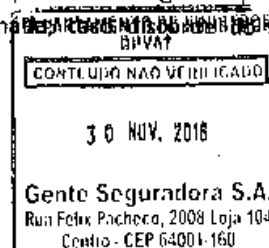
Documento de identificação

Eu, RAIENNA SILVA LOPES, portador da carteira de identidade nº 03209595007-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 602.059.903-55, residente e domiciliado na QUADRA 206 084 DIRTEU 4000 Vnde, Cidade TERESINA, Estado PIAUÍ, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugnação do conteúdo.



RAIENNA SILVA LOPES

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

TERESINA 23 NOVEMBRO 2016

Local e data





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RAUENNA SILVA LOPES

PORTADOR(A) DO RG Nº 033095952007-9 EXPEDIDO POR SSP-MA EM 31/04/07 E

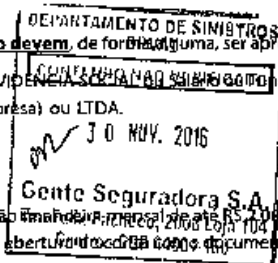
CPF 602059903-55 / CNPJ _____, PROFISSÃO Recebe

E RENDA MENSAL DE R\$ Recebe (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RAUENNA SILVA LOPES, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(**) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou similar.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação mensal de R\$ 2.700,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1606 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00089666-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina 23 de Novembro de 2016 Rauenna Silva Lopes
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTIEMO NAO A INDICAR
30 NOV. 2016
Gentio Seguradora S.A.
Rua Fria Padua, 2018 Lapa 104
Canto - CEP 14001-150



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180024804 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAWENNA SILVA LOPES **Data do acidente:** 07/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do radio distal direito

Descrição do exame médico pericial: Presença de lesão cicatricial em face volar do terço distal do antebraço direito; bom trofismo muscular do membro superior direito, pronosupinação do antebraço direito completa; desvio ulnar 45°; desvio radial 25°; flexão palmar 90°; flexão dorsal 90°.

Resultados terapêuticos: Paciente relata ter sofrido acidente de trânsito em via pública em 07/06/16; foi submetida em 09/06/16 a osteossíntese de fratura do rádio distal direito com placa e parafusos; em 10/06/16 recebeu alta hospitalar. Atualmente encontra-se de alta ambulatorial com boa evolução.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 26/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Sem Sequelas funcionais ao presente exame.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Raphael Neves Bona

CRM do médico: 2485

UF do CRM do médico: PI

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO-DRCT



REQUISIÇÃO DE EXAME DE LESÃO CORPORAL

Senhor Diretor,

Requisito de V. Sª que proceda a Exame de Corpo de Delito (Lesão Corporal Culposa)

na pessoa de Raquel Maria Silva Lopes
naturalidade Paulistanaense profissão Acadêmica
Data de Nasc. 36/04/1988 estado civil solteira
Endereço Rua Aracaju nº 204 casa 08A
Teresina
Filiação Maria Silva Lopes

R.G.: 033095952007 CPF: 00054903-55

OBS: Cópias do Prontuário Médico, Boletim de Ocorrência e documento de identificação.

Na oportunidade, formulo os seguintes quesitos:

- 1 - Houve ofensa à integridade física ou à saúde do paciente?
- 2 - Qual o instrumento ou meio que a produziu?
- 3 - Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito?
- 4 - Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função?
- 5 - Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou deformidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?
- 6 - Há outros dados julgados úteis a fornecer?

Teresina (PI), 09 de 11 de 2016

Atenciosamente

[Assinatura]
Delegada de Polícia Civil
Matr.: 194.574-2

Ao
Ilustríssimo Senhor
Coordenador do Instituto Médico Legal
Nesta.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 JAN, 2016
GENE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.007470

DEAT-Rua 24 de Janeiro, nº 500-Norte, Teresina(PI) Tel (86) 3216.5283



SINISTRO INVALIDEZ

NOME DA VÍTIMA: EDNANNA SILVA LOPES

PORTADOR / RESPONSÁVEL: _____

TELEFONE OU EMAIL _____

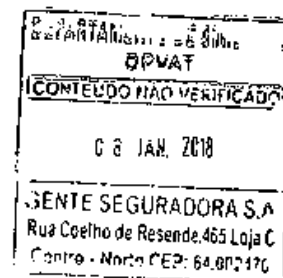
☒ NOVO ☐ PENDÊNCIA ☒ REANÁLISE

DOCUMENTAÇÕES:

- ☒ CÓPIA AUTENTICADA OU ORIGINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA
☐ COMPROVAÇÃO DO ATO DECLARATÓRIO
☐ CÓPIA AUTENTICADA DO LAUDO DO IML
☒ DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (PADRÃO DA SEGURADORA LÍDER)
☐ DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO (CASO ACIDENTE ENVOLVA APENAS UMA MOTOCICLETA E A VÍTIMA NÃO SEJA O PROPRIETÁRIO)
☒ DOCUMENTAÇÃO MÉDICO- HOSPITALAR
☒ CÓPIA SIMPLES DO RG E CPF
☐ DUT- (CASO A VÍTIMA SEJA PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
☒ CÓPIA DO CARTÃO DO BANCO OU EXTRATO BANCÁRIO
☒ CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

PROCURADOR

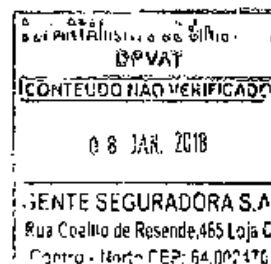
- ☐ DECLARAÇÃO SUSEP/ LAVAGEM DE DINHEIRO
☐ CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
☐ CÓPIA SIMPLES DO RG E CPF
☐ PROCURAÇÃO



Recebido por: Ednanna Lopes Data do recebimento: 05/01/2018

Vítima/ Procurador Ednanna Silva Lopes

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Coelho de Resende, 465, loja C - Centro - Norte - CEP 64000-370 - TERESINA - PIAUI
Fone: (86) 3085-4866 - E-mail: dpvat.pi@genteseguradora.com.br
www.genteseguradora.com.br
www.seguradoralider.com.br





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
11400450137872 Nº 9259328646	
DETRAN - MA	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	
VIA	EXERCICIO
1	2014
COD. RENAVAM	REN. TAC
450137872	3014
MARTA SILVA LOPES DO NASCIMENTO	
CPF / CNPJ	
271.968.443-00	0000000000
V. NOVO/MA	
902J04520C09269987	
ESPÉCIE/TIPO	
PAS/MOTONETA/	COMBUSTIVEL
	ALCO/GASOL
MARCA/MODELO	
HONDA/BIZ 125 ES	ANO FAB
	2012
CAP/MT/CL	CATEGORIA
00002F/0124 C3	PARTEICU
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA
	25/03/14
PREMIO TARIFARIO (R\$)	
286.75	11
PREMIO TOTAL (R\$)	
286.75	11
DATA DE PAGAMENTO	
	14/01/14
OBSERVAÇÕES	
RD /C120 NOGUEIRA MOTOC LTDA	
CELMO NETO MA	
10/02/2014	

BILHETE DE SEGURO DPVAT	
MA Nº 9259328646	
EXERCICIO	
2014	
PLACA	
NKK5840	
CPF / CNPJ	
271.968.443-00	
11400450137872	
BILHETE DE SEGURO DPVAT	
EXERCICIO	
2014	
DATA EMISSAO	
10/02/2014	
MA Nº 9259328646	
EXERCICIO	
2014	
PLACA	
NKK5840	
CPF / CNPJ	
271.968.443-00	
RENAVAM	
450137872	
MARCA/MODELO	
HONDA/BIZ 125 ES	
ANO FAB	
2012	
COT. TYP	
09	
Nº CHASSI	
902J04520C09269987	
PREMIO TARIFARIO	
129.68	
14.34	
143.02	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	
4.15	
1.12	
5.27	
DATA DE QUITACAO	
14/01/14	
COTA UNICA	
PARCELADO	
Seguradora Lider dos Consorcios	
do Seguro DPVAT S/A	
CNPJ: 09.248.608/0001-04	
30 NOV. 2015	
Gente Seguradora	
Rua Felix Freixo, 3001 Lapa	
Centro - CEP 04014-100	



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **RAWENNA SILVA LOPES** Sinistro: **3180024804** Data: **07/06/2016**
Endereço do(a) Examinado(a): **Residencial Village Horizonte, SN, QD-C BL-10 APT-101 - Parque Ideal - Teresina - PI - CEP 64077-850**
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp / MA**] **033095952007-9**
Data local do exame: [**26/01/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **fratura do radio distal direito(cid 10:s 52.5); presença de lesao cicatricial em face volar do terço distal do antebraço direito;bom trofismo muscular do membro superior direito,pronosupinacao do antebraço direito completa;desvio ulnar 45º;desvio radial 25º;flexao palmar 90º;flexao dorsal 90º;**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **paciente relata ter sofrido acidente de transito em via publica em 07/06/16;foi submetida em 09/06/16 a osteossintese de fratura do radio distal direito com placa e parafusos;em 10/06/16 recebeu alta hospitalar.atualmente encontra-se de alta ambulatorial com boa evolucao.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Raphael Neves Bona - CRM: 2485 - PI





ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COELHO NETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



Secretaria de Saúde
COELHO NETO

Receituário

Raewana Silva Lopes

Ateste para os devidos fins que paciente acima citado encontra-se de alta do tratamento ortopédico em ponto Direito

Dr. Thalisson S. Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 5401/COELHO NETO 8876
RQE 15295

Coelho Neto-MA, 12/07/17

Médico / CRM

OP-VAR
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Coelho - MA - CEP: 55.000-000





NOME DO PACIENTE:

Leandro Silva Lima

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

402364

DP-VAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
07/07/2020
COMPANHIA S. A.
Rua Coelho de Resende, 463 Loja C
Fortaleza - Ceará CEP: 60.074-70

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".



LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE TERESINA-PI		07.444.159/0002-25 HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ AV. HIGINO CUNHA, 1402 ILHOTAS CEP 64.044-220 - (86) 3216-1528	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR		2 - CNES 2323451	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		3 - Nº DO PROTOCOLO 0000137243	
4 - NOME DO PACIENTE RAWENNA SILVA LOPES		5 - DATA NASCIMENTO 16/04/1988	
7 - CPF DO PACIENTE 708302295723660		6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 602059903355	
8 - NOME DA MÃE MARIA SILVA LOPES		9 - Nº - TELEFONE DE CONTATO 98981340743	
10 - NOME DO RESPONSÁVEL SAO JOAO		11 - Nº - TELEFONE DE CONTATO 98981340743	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SAO JOAO		13 - SEXO Feminine	
14 - RAÇA / COR 64045470		15 - CDDGO IBSU - MUNICIPIO 91	
16 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA TERESINA		17 - UF PI	
PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)			
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO F.O. - ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES MUSCULO ESQUELÉTICAS (TODAS AS ORIGENS) - GENÉRICO		21 - QTD 20	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO		23 - CID-10 PRINCIPAL S525	
24 - CID-10 Secundária 25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS		26 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	
27 - OBSERVAÇÕES POS OP FRAT PUNHO GARRHO ADM			
SOLICITAÇÃO			
27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE LAOTSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA		28 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/07/2016	
29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) 207284512760005		30 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
31 - LBO 32 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		33 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
34 - CDDGO EMISSOR 35 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		36 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE LAOTSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
38 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/07/2016
39 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) 207284512760005
40 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

D 8 JAN. 2018
 RENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
 Teresina - Estado do PI - CEP: 64.062-170



RECEITUÁRIO

Nome : RAWENNA SILVA LOPES

USO INTERNO

1. Cefalexina 500mg _____ 28 comp
Tomar 01 comprimido VO de 6/6hs por 7 dias
2. Xefo 8mg _____ 01cx
Tomar 01 comprimido VO de 12/12hs

ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo marcar **consulta de retorno para daqui a 10 dias**. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS:

Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Uneu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Cirurgia realizada por :

DR LAO

Teresina, 10/06/2016

Dr. Paulo Henrique L. P. Rêgo
Ortopedista e Traumatologista
Médico CRM
Carimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
08 JAN. 2018
ENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coello de Rosende, 465 Lapa C.
Terreiro - Natal - CEP: 54.077-72



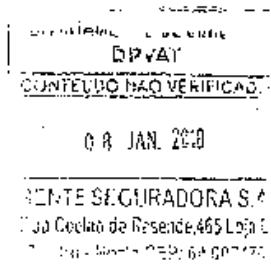


Governo do Estado do Piauí
Polícia Militar do Piauí
Hospital Dirceu Arcoverde - HPM

Carmão do estabelecimento Solidante
07.444.159/0002-25
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
AV. HIGIÃO CUNHA, 1402 ILHÓTAS
CEP 64.041-220 - (86) 3216-1528

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Paciente: RAWENNA SILVA LOPES		Sexo: Feminino	Convênio: SUS - AMBULATORIO	
Nascimento: 16/04/1988	Idade: 28	RG: 0330959520079	CPF: 60205990355	CMS: 708302295725660
Nome da Mãe: MARIA SILVA LOPES		Fone: 98981340743		
Endereço: Rua/AV. R 14 DE ABRIL		Nº 58	Bairro: SÃO JOÃO	
Complemento:	CEP: 64046470	Município: TERESINA	UF: PI	CID IO:
Dados Clínicos: POS OP				
Exames Solicitados: (No máximo três) RX PUNHO DIREITO AP + PERFIL			Carimbo/Ass. do Prof. de Saúde Data:	
Dados de Marcação				
Local de Atendimento:				
Endereço (Logradouro, Número/Ido):				
Data e Hora de Atendimento às:		Nº da Marcação	Carimbo/Assin. Respons. pela Marcação	
Assinatura do Paciente / Responsável				
Este exame é pago pelo SUS, e proibida cobrança de qualquer taxa. Coordenação da Gestão do SUS R. Gov. Artur de Vasconcelos, 730 - Centro/Sul Fone: (86) 3222-0797				



LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE TERESINA-PI	07.444.159/0002-25 HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ AV. HIGINO CUNHA, 1402 ILHOTAS CEP 64.044-220 - (86) 3216-1528
---	---

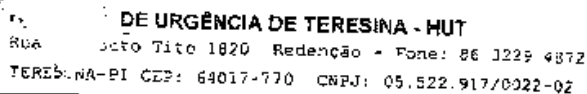
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR	2 - CNES 2323451
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
4 - NOME DO PACIENTE RAWENNA SILVA LOPES	3 - Nº DO PROTOCOLO 0000137241
7 - CPF DO PACIENTE 708302295723660	5 - DATA NASCIMENTO 16/04/1988
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 60205990355	
8 - NOME DA MÃE MARIA SILVA LOPES	9 - Nº - TELEFONE DE LIG. 910 98981349743
10 - NOME DO RESPONSÁVEL SAO JOAO	100 - 11 - TELEFONE DE CONTATO 98981349743
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SAO JOAO	13 - SEXO Feminino
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA TERESINA	15 - CÓDIGO INGE - MUNICÍPIO PI
	16 - Nº - CEP 64046470

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)			
19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 20	20 - NOME DO PROCEDIMENTO F.O. - ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS (TODAS AS ORIGENS) - GENÉRICO	21 - QTOE 20	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
22 - RESOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO	23 - CID-10 PRINCIPAL S52.5	24 - CID-10 SECUNDÁRIO	25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS
26 - OBSERVAÇÕES POS OP FRAT PUNHO GARRHO ADM.			

SOLICITAÇÃO			
27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE LAOTSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA		28 - DATA DA SOLICITAÇÃO 36/07/2016	29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
30 - DOCUMENTO <input checked="" type="radio"/> CNS <input type="radio"/> CPF 20728451276006			
AUTORIZAÇÃO			
31 - CBO	32 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	34 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
35 - CBO - CBO DE EMISSÃO	36 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		

07.444.159/0002-25 BPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 08 JAN. 2018 AGENTE SEGURADORA S/A Rua Celso de Resende, 85 Loja 6 Teresina - Maranhão CEP: 64.001-170
--





- NEURO OK
- ORTHOPEA
- CONVULSIA gangl

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

2016: 04/06/2016 16:00-17:00

¹Georg: HILBERT UNIVERSITÄT.

*E910C4, LINE 65, LINE 3, 2005.

Nome: RAWENNA SILVA LOPES		Prontuário: 407264	
Mãe: MARIA SILVA LOPES		Pai: NAO INFORMADO	
End. Resid.: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 16/04/1988	Idade: 28a:2m:23d	Sexo: Feminino	Fone: 85-99907-4168
Responsável: MARIA SILVA LOPES		CMS: 7083C0239570060	
Profissão: ESTUDANTE		Documento: CPF: 602.058.903-55	
G. Instrução: Superior Incompleto		E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 548804	Data: 07/06/2016 18:46:14	Condução: VITIMA DA MOTO - MOTO FORTISSIMO
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRANSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)		
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Convênio: S D S
Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário: v209	

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u>	<u>Evento Principal:</u>	<u>Destino:</u>	<u>Classificação:</u>
QUEBRAS	Deix moderada	CIRURGIAO GERAL	Amarelo
			Profissional Class. Risco:
			MARIA LUIZ STQUEIRA SILVA COORDENADOR E-mail: 08/05/2016 16:45:12

DADOS CLÍNICOS: (Hora: _____ : _____)

DETE VITIMA DE ACIDENTE (QUEDA DE MOTO) HA 13 HORAS
COM OBSTRUÇÃO E PERDA DE MEMÓRIA. HOJE DEIXOU PARA COMEÇAR ALGUNS
COM MUSD E MUSE, COM ADO A MORTALIDADE ATUAL. ZENON ROCHA

HUI DR. ZENON ROCHA
TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAM: EXAM 2
DATA: 01/06/16 C 2016

PA _____ X _____ mmHg	Pulse: _____	PR: _____ bpm	Temp _____	TECNOLOGIA
Diagnosis Initial:				PR 24
CONDUTA: _____				CONTINUO

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

[illegible]

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA:

HORA:

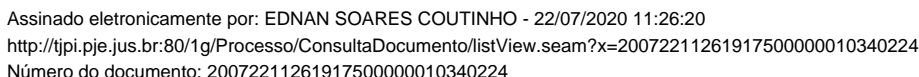
04085 304 07

551.5
CTD

Marcos Vitor P de Carvalho Filho
 Traumatologia-Ortopedia
 CRM-P14792 SBC 12501

Asesinatura - Profesional Médico

M^{re} Sílvia Lopes da Natividade
Assinatura Paciente ou Responsável



**DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Sgo Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PZ CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

NEURO OA
ORTOPEDIA
CONJUNTO GERAL

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 08/06/2016 18:49:13

DADOS DO PACIENTE:

USUÁRIO: MARILENE SIQUEIRA
FUNÇÃO: EMERGENCIAPEDI

Nome: RAWENNA SILVA LOPES		Prontuário: 407264
Mãe: MARIA SILVA LOPES	Pai: NAO INFORMADO	
End. Resid.: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 16/04/1988	Idade: 28a:2m:23d	Sexo: Feminino Pone: 85-99907-4168
Responsável: MARIA SILVA LOPES	CNS: 708302295723680	
Profissão: ESTUDANTE	Documento: C2F: 602.955.903-55	
G. Instrução: Superior Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 548804	Data: 08/06/2016 18:46:14	Condução: SEM CONDIÇÃO DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÁNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Convênio: S U S
Acid. Trab. Típico: Não		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEIMAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIA GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VÍTIMA DE QUIDA DE MOTOCICLETA, EM 4- DIA. RELATA TRAUMA EM OMBRO, EM LOMBAS, DOR EM BEE, NIE E FACIOLADOS. EGYS.		Profissional Clas. Risco: MARILENE SIQUEIRA SILVA CORB - 123567 EMP - 08/06/2016 18:49:12	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 18:46)

PETE VÍTIMA DE ACIDENTE (QUEIDA DE MOTO) HA 136 HORAS. COM QUIDA DE MOTO + PERDA DE MEMÓRIA. HOJE DEB OUTRADA COM QUEIMAS ALGAS EM LUMB E MUSE, COM DOR A MODERADA ATUAL. H88888.

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME **EXAMES**
DATA **08/06/2016**

PA <u> X </u> <u> mmHg </u>	Pulso: <u> </u>	opm <u> </u>	Temp <u> </u>
---------------------------------	--------------------------	-----------------------	------------------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

① **Soluto = 10 de crânio e contusões**
Rx de cervical APE para PI, pelve e tórax AP
USG ABDOME TOTAL

08 JAN. 2018

INTE SEGURODORA S.A
João Coelho de Sá, 465 Loja C
TERESINA - PI - CEP: 64000-010

② **Soluto = 10 de crânio e contusões; CAXA JOELHO E PE ESQUELETO**
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: NEURO, ORTOPEDIA E CONJUNTO GERAL

③ **SCULP**

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Intenção, Indique o Procedimento e CID

DATA: / / HORA:

0408530407 **552-5**
Procedimento CID

me Silva Lopes da Naculo
Assinatura Paciente ou Responsável

Marcos Vitor P de Carvalho Filho
Traumatologia Ortopedia
CRM-PI 4792 SBDT 12501
Assinatura - Profissional Médico



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO		PREScrição MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES	
08 05 de	1 - Dieta geral ✓ 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h s N 7 - CCGG + SSVV		2 4 6	12h 6	7:00hs - Encaminhado ao etc.	
<p style="text-align: center;">Marcos Vitor P. de Carvalho Filho Traumatologista-Ortopédico CRM-P14792 SBOT 12SD1</p>						
<p style="text-align: right;">LITVAT LITVAT LITVAT</p>						



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS-OPERATÓRIO - SRPA

NOME Rauwenna Silva Leopes IDADE 27 anos DATA 09/06/2016
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL Subesq
 CIRURGIA REALIZADA Fimb. perineo (D) CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>154 1-81</u>	<u>08 JAN, 2018</u>	<u>148/80</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>95</u>	<u>08 JAN, 2018</u>	<u>100</u>
SATURÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>08 JAN, 2018</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>-</u>	<u>08 JAN, 2018</u>	<u>-</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>-</u>	<u>08 JAN, 2018</u>	<u>-</u>
NOME/MATRÍCULA	<u>Anunciadora</u>	<u>08 JAN, 2018</u>	<u>Anunciadora</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2
	Movimenta dois membros	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1
	Tam apnéia	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1
	Não responde	0	0
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasogástrica () Nasojejunal
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

10:45 Admitida na SRPA em estado de consciência para posterior de punção (D). Sem efeitos da medicação e pelo quadro. Consciente, sonolento, respirando espontaneamente com auxílio mínimo, sem queixas.

10:45 Paciente encaminhada ao RAC para avaliação.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

MENTO | EXTERNO | | SALA DE GESSO | IMAGENS E GRÁFICOS |





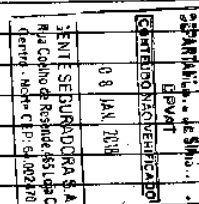
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENÓN ROCHA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Carolina Denise

Raewenna Silva Lopes

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
<i>Raewenna Silva Lopes</i>		<i>ortopedia</i>	<i>229/321</i>		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
<i>09/06/16</i>	<i>POI</i>				<i>14:30 Admissão na clínica ortopédica no edifício da SRPA em POI de rotina de exame físico, auscult, oximétrico, sem sinais de agravamento aparente.</i>
	<i>1) Dieta leve após RPA</i>				
	<i>2) SF04/ 3000 ml, EV, 14 gotas/min (1')</i>				
	<i>3) Dipirona 1g + AD, EV, 6/6h</i>				
	<i>4) Tilatil 20 mg + AD, EV, 12/12h</i>				
	<i>5) Ranitidina 50 mg + AD, EV, 8/8h</i>				
	<i>6) Plasil 10 mg + AD, EV, 8/8h</i>				
	<i>7) CC66 + 85 VU</i>				
	<i>8) Cefepime 1g + AD, EV, 6/6h</i>				
	<i>Dr. Thalison Costa MÉDICO CRM-PT 5401</i>				



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
RAWENNA SILVA LOPES		407264	28	Ortopédica	239	EXT 1	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI: 08/06/2016	FRAT. PUNHO D						
10/06/16						ah) alto hospitalar a critério médico	
1	Dieta oral livre						
2	Jelco salinizado						
3	dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
4	tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12/12hs						
5	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
8	Cuidados gerais e sinais vitais						
<p>Dr. Paulo Henrique L. P. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 3357</p> <p>Dr. Paulo Henrique L. P. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 3357</p>							

Dr. Ricardo Gonçalves / Dr. Rui Augusto Filho / Dr. Fernando Couto de Oliveira / Dr. Ricardo S. Vilela / Dr. Paulo H. L. Mendes Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM 3357 / CRM 3357 / CRM 3357 / CRM 3357 / CRM 3357

SENTINELA SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Vasconcelos, 100
Centro - Belo Horizonte - MG
CEP: 31070-000





AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH):
Orgão Emissor: M221100001
AIH: 221610045816-5
UNI: H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)
PACIENTE: RAHAMNA SILVA LOPES
Nascimento: 16/04/1988
DI: LAUDO 10/06/2016
PROCED: 70408020407 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / da
OP.SIST: WELLINGTON
CID: S525
ASS. MEDICO RESPONSÁVEL: 1409

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1-Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
3-Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAWENNA SILVA LOPES
6 - Prontuário: 407264
7-CNS: 708302295723660 8-Nascimento: 16/04/1988 9-Sexo: Feminino CPF: 602.059.903-55
11-Mãe: MARIA SILVA LOPES 12-Fone: 86-99907-4168
13-Resp: MARIA SILVA LOPES 14-Cor: Sem Informação
15-Endere: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos:
Tram e gesso distal no fêmur
21 - Condições que justificam a internação:
Necessidade de cirurgia
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
Sem lesões e roturas
23-Diagnóstico Inicial:
Fratura da extremidade distal do rádio
24-CID Prim: S525 25-CID Sec.: 26-CID C.Aux.:
27-Cond. Prim: S525 28-CID Sec.: 29-CID C.Aux.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cond. Prim: S525 28-CID Sec.: 29-CID C.Aux.:
30-Cod.Proced.: 70408020407 31-Proc. Solicitante: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF: 897.204.893-15
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:
MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILEO 08/06/2016
35-Ass. Carimbo Méd. Sol. ICRM:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito 39-CNPJ Seguradora: 40-No. Bilhete: 41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico 42-CNPJ Empresa: 43-CRRE Empresa: 44-CBOP:
38-() Acidente Trabalho Trajeto
45 - Vínculo com a Previdência:
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: 47-Data Autorização:
48-Docum.: 49-Num. Documento:
() CNS () CPF
50 - Assinatura Paciente ou Responsável:
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:
52 - Assinatura Paciente ou Responsável:



104704



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09 / 06 / 16

NOME DO PACIENTE:	Rawenna Silva Lopes	PRONTUÁRIO Nº:	407264
DIAGNÓSTICO:	FAIT PUNKO	CIRURGIA:	NECIPU
ANESTESIA:		Nº DA	Dr. Lao tse
CIRURGIÃO:	Dr. Lao tse	CPF Nº:	070.994.777-77
AUXILIAR:	Dr. Thalisson	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Blogeire (Dr. Jackson)	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Socorro Oliveira	CPF Nº:	

SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
64.002-676

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8,0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	30	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	100	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20 (38)	UNID.	01		crepom	"	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				• Eletrodos -	unid	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				• Escovas -	"	04	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				• luvas 8,5	"	02	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 00	unid	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0		02		CIRCULANTE: Conceição			
PROLENE							





FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA -
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente			Rawenna Silva Lopes		
Diagnóstico pré-operatório			Fratura côcleo distal D		
Operação - Tipo			LAP		
Cirurgião		1º Assinante		Thalisson	
2º Assinante		3º Assinante			
Instrumentador(a)		Anestesista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			Fratura côcleo distal D		
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					

DEPARTAMENTO DE SIN.
BPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN. 2018
AGENTE SEGURADORA S/A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.072-416

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)

- 1/ Anestesia + DRH
- 2/ Asepsia + Antissepsia
- 3/ Campos
- 4/ Faixa esmorch
- 5/ Incisão distal sobre côcleo D (via Henry) / cerca de 6cm
- 6/ Dissecção por planos
- 7/ Fixação com placa em 4 pontos
- 8/ Sutura
- 9/ Reforço da cicatriz

Dr. Thalisson Costa
MÉDICO
CRM 017849/T




HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Zone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
 Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a.4m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 546804
 Requisição: 644088 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
 Controle: 806889 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 08/06/2016

COTOVELO

O estudo radiológico do cotovelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Normal.

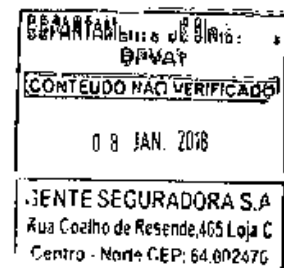
(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável






HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tillo 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 487264)
Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA, 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a.4m.29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
Requisição: 644088 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
Controle: 806890 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 08/06/2016

BRACO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

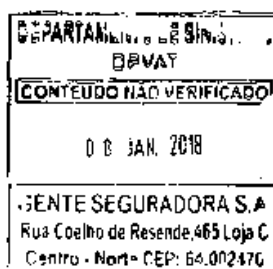
CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável



[Handwritten signature]





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: **407264**)
Endereço: **RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: **16/04/1988** Idade: **28a4m:29d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **548804**
Requisição: **644088** Solicitação: **08/06/2016** Solicitante: **CLERISTON SILVA MOURA**
Controle: **806891** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204040124**

Data Exame: **08/06/2016**

PUNHO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no rádio distal com deslocamento palmar do fragmento distal.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Fratura no rádio distal com deslocamento palmar do fragmento distal.

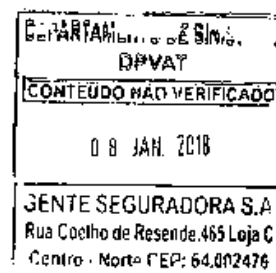
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável




**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
 Endereço: **RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a:2m:23d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
 Requisição: 644089 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
 Controle: 806892 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0206010079

Data Exame: 08/06/2016

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.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

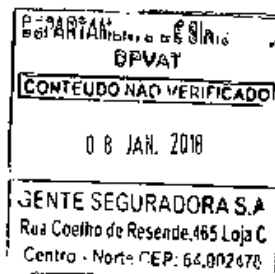
(RENAN)

TERESINA - PI 08/06/2016

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável






HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 36 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
 Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a 2m 23d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
 Requisição: 644090 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
 Controle: 806893 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 08/06/2016

US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Útero: em AVF, com dimensões e volume normais.
- Ovários: não visualizados.
- Musculatura pélvica com espessura e ecogenicidade normais.
- Não há imagens de lesões anexiais detectáveis pelo método.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(MÔNICA ALZIRA)

TERESINA - PI 08/06/2016

LUIS RONALDO DE CARVALHO SÁ FILHO

CPF: 462.454.993-72 CRM PI 2465

Profissional Responsável

P. PARTAM... OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 08 JAN 2016 JENTE SEGURADORA S.A Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.012-476
--





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a:4m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
Requisição: 644091 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
Controle: 806894 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060133

Data Exame: 08/06/2016

JOELHO

O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

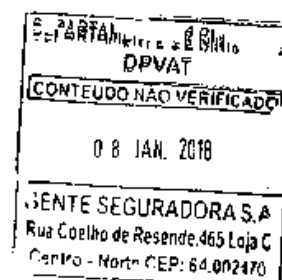
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
 Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a:4m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
 Requisição: 644092 Solicitação: 08/06/2015 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
 Controle: 806898 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 08/06/2016

PELVE SIMPLES

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS , SACRO ILÍACAS E SINFISE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

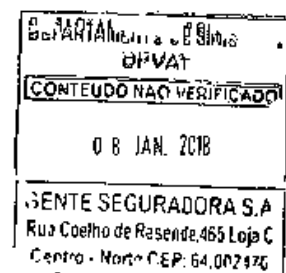
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável




**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1829 Redenção - Fone: 36 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.911/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
 Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP. 64000-010
 Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a:4m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
 Requisição: 644092 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
 Controle: 806897 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 08/06/2016

COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil.
 os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisários sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

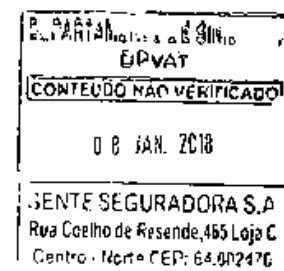
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável






HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua St. Odoário Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
 Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a:4m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
 Requisição: 644091 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
 Controle: 806596 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 08/06/2016

PE OU PODODACTILO

O estudo radiológico do pé esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

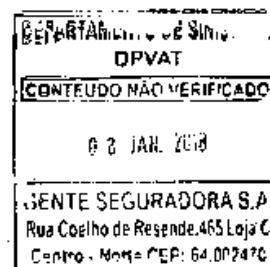
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



[Handwritten signature]





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3225 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
Endereço: RUA CEL BELISÁRIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64009-010
Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a.4m.29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
Requisição: 644091 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
Controle: 806895 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 08/06/2016

COXA

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame Normal.

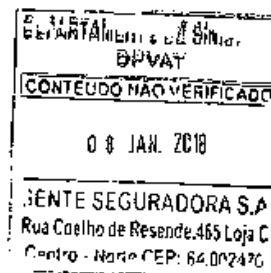
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



[Handwritten signature]





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otton Tilo 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: 407264)
Endereço: RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/04/1988 Idade: 28a.4m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 548804
Requisição: 644392 Solicitação: 08/06/2016 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA
Controle: 806889 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 08/06/2016

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

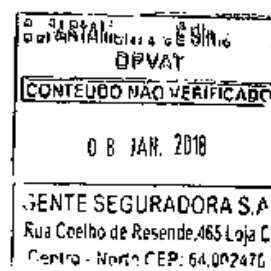
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 14/08/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



[Handwritten signature]





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAWENNA SILVA LOPES** (Prontuário: **407264**)
 Endereço: **RUA CEL BELISARIO DA CUNHA 915 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **16/04/1988** Idade: **28a 4m; 5d** Sexo: **Feminino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **164409**
 Requisição: **644263** Solicitação: **09/06/2016** Solicitante: **NAGELE DE SOUSA LIMA**
 Controle: **807107** Convênio: **S U S** CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 239 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 09/06/2016

PUNHO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada distal no rádio fixada por placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

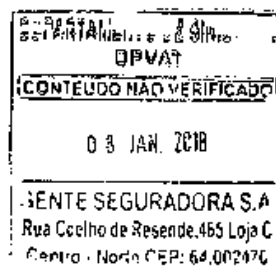
[JOAO ANTONIO]

TERESINA - PI 21/08/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

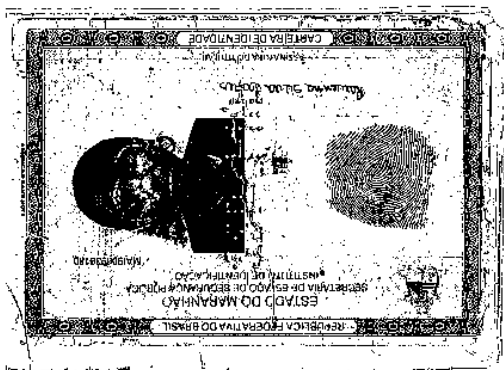
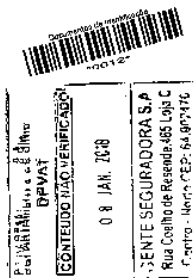
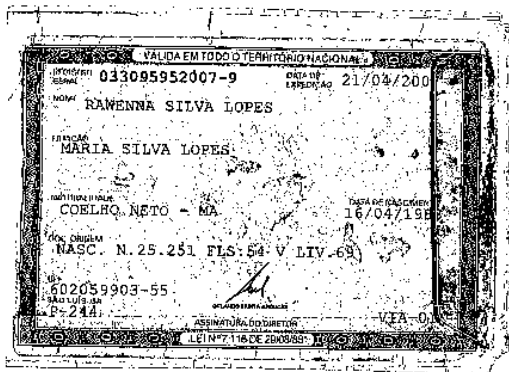
CPF: 133.803.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



SENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Celso de Resende, 455 Loja C
 Centro - Niterói CEP: 24020-900







Declaração do Proprietário do Veículo

EUMÁRIA SILVA LOPES DO NASCIMENTO
 RG nº 25509092003-2 data de expedição 09/08/2003
 Órgão SSP-MA, portador do CPF nº 271968243-00, com
 domicílio na cidade de COELHO NETO, no Estado de
MAZANBÃO onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA 34 DA ABRIL, nº 58,
 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 RAWENNA SILVA LOPES cujo o condutor era
RAWENNA SILVA LOPES.

Veículo: moto
 Modelo: HONDA/BIZ 125 ES
 Ano: 2011
 Placa: NXK 5840
 Chassi: 3C2FC4820CR269987
 Data do Acidente: _____
 Local e Data: COELHO NETO/28/10/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTENDO NÃO VERIFICADO
 30 NOV. 2016
 Gênt. Seguradora S.A.
 Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104
 Centro - CEP 64001-160

3º OFÍCIO

MARIA SILVA LOPES DO NASCIMENTO
 Assinatura do Declarante

+ Rawenna Silva Lopes
602.059.903-55
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Maria Silva Lopes do Nascimento
602.059.903-55
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 TITULAR: ANTONIA OLIVEIRA DE SAUSO LOPES
 RUA LUIZ CARLOS RODRIGUES, 122 CENTRO - CEP: 64200-000 - TERESINA-PI
 Fone: (085) 3214-1226 - E-mail: antoniaplopes@teresiananotario.com.br

Cartório Flaminópolis Sampaio
 3º Ofício de Notas
 Judite de Castro Cardoso
 Escrevente Empregada
 Teresina - PI

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: RAWENNA SILVA LOPES, DOU FE-
 EM TEST. DA VERDADE, TERESINA-PI, 09/11/2016. Emol.: 3,52
 TJ: 0,35 Seio: 1,10 Total: 3,97
 JUDITE DE CASTRO CARDOSO Escrevente Autorizada
 (59)
☐ Tabelia ☐ Escrevente autorizado





AGUAS DE TERESINA SAN. SPE SA
Telefone: 0800 223 2000
CNPJ/MF 27.157.474/0001-06
RUA DURVALINO COUTO, 1331 - SLJ SL 08
TERESINA (PI) CEP 64049-120

Matricula: 24699144-5

Fatura nº: 151552042

Referência: 12/2017



17

Hora de Emissão: 12:06:36

DADOS DO CLIENTE

MORADOR: JORGE HUMBERTO FERREIRA DOS SANTOS
CON RESID VILLAGE HORIZONTE, Q---C-BL-10-APTO-101-PARQUE
IDEAL-TERESINA-PI-cep:64077850

MATRÍCULA: 24699144-5

ECONOMIAS / CATEGORIAS / TIPO TARIFA

GRUPO: 7

1 Residencial Normal

LOCALIZAÇÃO: 007-00019-002870

HIDRÔMETRO: A10X020069

HISTÓRICO DE CONSUMO

Referência	Tipo	Leitura	Lido	Faturado	Data
06/2017	Mínimo	494	0	10	
07/2017	Mínimo	496	2	10	
08/2017	Mínimo	494	0	10	
09/2017	Lido	510	16	16	
10/2017	Mínimo	511	-	10	
11/2017 (Anterior)	Mínimo	515	-	10	13/11/2017
12/2017 (Atual)	Mínimo	518	-	10	13/12/2017

Dias de Consumo: 30

Média Consumo Diário (m³): 0,1667

Média Consumo Mensal (m³): 5

FATURAS PENDENTES

Referência	Vencimento	Valor (R\$)
11/2017	28/11/2017	26,51
10/2017	25/10/2017	25,73
09/2017	25/09/2017	55,15
08/2017	03/09/2017	26,13

TOTAL FATURAS: 134,52

DESCRIÇÃO DOS ITENS FATURADOS

VALOR REFERENTE AGUA - 26,51
> Residencial Normal 10m³ 26,51

Demais Lançamentos 0,00

TOTAL A PAGAR: 26,51

MENSAGEM

Conforme Art. 2º da Lei 12.741 de 05/12/2012, informamos que sobre o valor da fatura incide os seguintes tributos: PIS e COFINS.

NOSSOS ATOUROS ACUSA(M) 4 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

LEI 12.741/2012

PIS/PASEP = 26,51 * 1,65% = 0,43

COFINS = 26,51 * 7,60% = 2,01

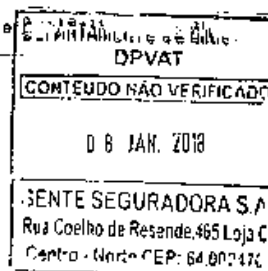
*** NOTIFICAÇÃO ***

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. 6, §3, inciso II.

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIAS	VALOR PERMITIDO
Cloro Livre	3126	3046	80	1,26	0,20-5,00 mg/L
Cor Aparente	3119	2923	196	8,92	inferior a 15,00
pH	3124	3021	103	8,84	6,00-9,50
Turbidez	3121	2926	195	2,53	inferior a 5,00
Coliformes Tn	834	814	20	Ausente	Ausente

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIAS	VALOR PERMITIDO
Escherichia coli	834	822	12	Ausente	Ausente

O pagamento desta fatura após o vencimento implicará em aplicação de multas e juros que serão cobrados na próxima fatura.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:26:20

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072211261917500000010340224>

Número do documento: 20072211261917500000010340224

Num. 10905483 - Pág. 82