
Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190307352

Vítima: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

Data do Acidente: 23/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190307352

Vítima: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

Data do Acidente: 23/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003389**

Conta: **000008805-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 026.459.293-03 Nome completo da vítima: MAXIM DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

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

Nome completo: MAXIM DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES CPF: 026.459.293-03
Profissão: RECUSO Endereço: RUA GUARATINGA Número: 2379 Complemento: _____
Bairro: PARQUE COLOMADO Cidade: TERESINA Estado: PIAUÍ CEP: 64083-045
E-mail: _____ Tel. (DDD): 86. 9446-7079

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 8805 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, TERESINA 06/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maxim do Socorro dos Santos Rodrigues
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Recebido em: 06/05/19



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



158 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001493/2019-81

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO. Esp. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 23/04/2019 - 11:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA 09, Nº:

Complemento

Data/Hora

23/11/2018 - 13:45

Bairro

ITARARE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2638187

Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS RODRIGUES

Endereço: AV: TOTO RIBEIRO, Nº 2379

Bairro: COLORADO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Colisão, Abalroamento ou Choque de veículo(s) sem vítima.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA NA MOTO HONDA/CG150 FAN ESI, ANO 2011, PLACA. DDU-1859-PIRENAVAM-346745578, DE PROPRIEDADE LUANA MARQUES DE BRITO MONTEIRO SOUSA, CPF:01467153303, RELATA QUE CONDUZIA A MOTO SUPRACITADA, QUANDO UM VEICULO NAO IDENTIFICADO, BATEU NA TRAZEIRA DA MOTO E A MESMA CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADA O HUT. PROTUARIO:494958. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELA NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Maria do Socorro dos Santos Rodrigues
MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETIVA DE SEGUROS
Recebido em: 06/05/19.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 026.459.293-03 Nome completo da vítima: MAXIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

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

Nome completo: MAXIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES CPF: 026.459.293-03
Profissão: RECUSO Endereço: RUA GUARATINGA Número: _____ Complemento: _____
Bairro: PARQUE COLOMADO Cidade: TERESINA Estado: PIAUÍ CEP: 64083-045
E-mail: _____ Tel. (DDD): 86. 9446-7079

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

RENTA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3389 ☐ CONTA: 8805 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, TERESINA 06/05/2019

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maxia do Socorro dos Santos Rodrigues
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Recebido em: 06/05/19



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 RRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município	Código IBGE		
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome				15 Sexo
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vitima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	23 Glasgow =				
	24 Sinais Vitais				
Assistência	25 Local da lesão				
	26 Pulso				
Hospital de Destino	27 Escala de Dor de 0 a 10				
	28 Fratura				
Observações Interdisciplinar	29 Procedimentos realizados				
	30 Hospital de Destino				
31 Condições de entrada					
32 Óbito					
33 Responsável pela recepção					
34 Socorristas					
35 Enfermeiro					
36 Condutor					



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Imp: 23/11/2018 14:35:53

(User: CLEBIANA)

(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES		Prontuário: 494958
Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS RODRIGUES	Pai: LIDIO DE SAMPAIO	
End.Resid.: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 30/07/1987	Idade: 31a3m24d	Sexo: Feminino Fone:
Responsável: O MESMO	CNS: 702300133333211	
Profissão:	Documento: CPF: 026.459.293-03	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 695074	Data: 23/11/2018 14:28:55	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO HÁ + 40MIN.RELATO DE TRAUMA EM MSD C ESCORIAÇÕES,MID.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC) FAZIA USO DE CAPACETE MAS SACOU-O.(SIC)			Profissional Clas. Risco: CLEBIANA MARQUES SOARES ARES COREN PI 138857 Em: 23/11/2018 14:35:53

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente trazida pelo socorro, com lesões locais, com ferimentos pontuais, apêndices, membros inferiores. Queixando-se de dor no MMII D, insatisfeito com o atendimento. AC. RR 21 BNF 15. APMA em RA

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RA, Perna e Tornozelo D

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Procedimento

CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

Dr. Leonardo Lino
MÉDICO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000008805-2

Nr. da Autenticação AAAFABAEB950DD29

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 335 / (86) 98124-3199

TC 1.28
2819815102282

MATRÍCULA

14128012-3

TATURA Nº

14147896

MÊS / ANO

1 / 2019

NOME / ENDEREÇO

MORADOR MARIA DO S DOS S RODRIGUES
PROPRIETÁRIO: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES
RUA GUARATINGA PARO
COLORADO, 2379-COLORADO-TERESINA-PI-cep: 99999999

LOCALIZAÇÃO

009-00026-008610

GRUPO

009

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

A14F219793

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO TIPO

12/2018 Média

11/2018 Média

10/2018 Média

09/2018 Média

08/2018 Média

07/2018 Média

LIDO

00

00

00

00

00

00

ATURADO

13

13

13

13

13

13

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TABITA

1 Residencial - Normal

DATA

13/12/2018

LEITURA

368

ANTERIOR

15/01/2019

LEITURA

368

ATUAL

CONSUMO MÊS M3

13

LIB 12.741.0018

PIS PASSEP

8041,6544 8,72

COTINS

14,14

TABELA DE TAXAS

RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (R)

10 2.8450 60

25 5.2000 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60

99999 9.1500 60



VENCIMENTO

27/01/2019

TOTAL A PAGAR

43,80

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSAGEM

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 10 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços
conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 4º, inciso V e nº 8.087/90, Art. 6º, inciso I

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2707	2688	19	1,43	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2746	2658	88	6,40	Inferior a 15
PH	2752	2673	79	6,75	6,00-9,50
TURBIDAZ	2705	2618	87	1,86	Inferior a 5

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	967	961	6	Ausente	Ausente
ESCOLHEDINHA COLI	967	967	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 15/01/2019

HORA DA EMISSÃO: 10:22

[Assinatura]
Emissora de Água
Recebido em: 06/05/19



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, LUANA MARQUES DE BRITO MONTEIRO SOUSA,
RG nº 2.397.574, data de expedição 06/06/16,
Órgão SSP-PJ, portador do CPF nº 014.671.533-03,
com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA CORRAL, nº 2235,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES, cujo o condutor era
A MÊMP.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA 150 FANES Ano: 2011/2013
Placa: ODU - 1859 Chassi: 9C2KC1670BR636767.
Data do Acidente: 23/11/2018.

Local e Data: TERESINA PI 26 de março de 2019

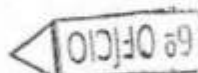
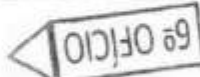
Luana Marques de Brito Monteiro de Sousa

Assinatura do Declarante

Mauro do Socorro dos Santos Rodrigues

Assinatura do Condutor

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



25330 0109 21

Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina

AVENIDA JOAQUIM NELSON, QUADRA 139, ITARARE - Nº 17, TERESINA - PIAUÍ

CONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DO SOCORRO DO
SANTOS RODRIGUES EM TEST. DA VERDADE DOU FE TERESINA
03/2019 10:34:20

RILO DE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE

of. R\$ 3.85 T.J. R\$ 0.77 MP. R\$ 0.10 Selo R\$ 0.26 Total R\$



Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina

AVENIDA JOAQUIM NELSON, QUADRA 139, ITARARE - Nº 17, TERESINA - PIAUÍ

CONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LUANA MARQUES DE BRITO
TEIRO SOUSA EM TEST. DA VERDADE DOU FE TERESINA
03/2019 10:34:52

RILO DE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE

of. R\$ 3.85 T.J. R\$ 0.77 MP. R\$ 0.10 Selo R\$ 0.26 Total R\$



Handwritten signature and date 06/05/19.



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 RRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome			
	15 Sexo	16 Idade			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		18 Tipo de ocorrência		
	19 Vitima		20 Meio de locomoção		
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida		22 Equipamentos de segurança		
	23 Glasgow		24 Sinais Vitais		
Exame Físico	25 Local da lesão		26 Pulso		
	27 Escala de Dor		28 Sangramento		
Assistência	29 Fratura		30 Procedimentos realizados		
	31 Hospital de Destino		32 Condições de entrada		
Observações Interdisciplinar	33 Óbito		34 Observações		
	35 Responsável pela recepção		36 Socorristas		



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Imp: 23/11/2018 14:35:53

(User: CLEBIANA)

(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES		Prontuário: 494958
Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS RODRIGUES	Pai: LIDIO DE SAMPAIO	
End.Resid.: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 30/07/1987	Idade: 31a3m24d	Sexo: Feminino Fone:
Responsável: O MESMO	CNS: 702300133333211	
Profissão:	Documento: CPF: 026.459.293-03	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 695074	Data: 23/11/2018 14:28:55	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO HÁ + 40MIN.RELATO DE TRAUMA EM MSD C ESCORIAÇÕES,MID.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC) FAZIA USO DE CAPACETE MAS SACOU-O.(SIC)			Profissional Clas. Risco: CLEBIANA MARQUES SOARES ARES COREN PI 138857 Em: 23/11/2018 14:35:53

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente trazida pelo socorro, com inalação de oxigênio, cometeu acidente de trânsito, apneia, vômito profuso. Queixando-se de dor no MMII D, inalação de oxigênio. AC. RR 21 BNF 15. AP 14 mmHg

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RA Peña e Tomografia D

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Procedimento

CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

Dr. Leonardo Lino
MÉDICO

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 23/11/2018 14:36:12

(CLEBIANA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES		Prontuário: 494958	
Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS RODRIGUES		Pai: LIDIO DE SAMPAIO	
End.Resid.: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 30/07/1987	Idade: 31a3m24d	Sexo: Feminino	Fone:
Responsável: O MESMO		CNS: 702300133333211	
Profissão:		Documento: CPF: 026.459.293-03	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 695074	Data: 23/11/2018 14:28:55	Clas. Cor: Amarelo
ativo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 23/11/18 17:20	ESPECIALISTA: Othopede
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Paciente com fratura de fêmur (D) fechada, un. com vênas encaixadas. m. Tto único como fratura exposta	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__	Carimbo/Assinatura Solicitante
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: Leandro Soares dos S. Rodrigues Sala: 01 Alergia: Não Data:
Procedimento: Fratura Fechada Tibia D Cirurgião: Raul Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
<u>Diprivan</u>	<u>mg</u>												
<u>Midazolam</u>	<u>mg</u>												
Oxigênio	<u>2l</u>												
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico 20G BE
Cat. Venoso nº G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

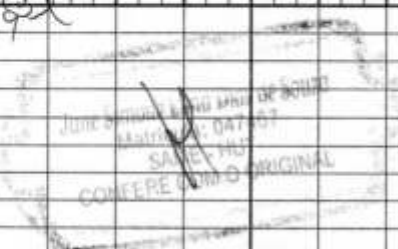
Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito:

decúbito

SPO2 (%)	<u>99 99 99 99 99</u>
ETCO2 (mmHg)	<u>+ 2</u>
Aces. Venoso	<u>500 500</u>
Aces. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	



Descrição da Anestesia:

(Conexão 15ml) + praxi monitorizada + Ventolite 150 (1000mg) + heparina 5000 e drogas 1- bloqueio subaracnóideo com tetracaina 0,5-0,6% mediana agulha Greiner 26G, soro LR 20ml, mepivacaína hiperbarica 12mg + morfina 100mg 2- Cefalotina 2g, clonitazina 2g, dexmetenazina 10mg, profenid 100mg

Dr. Carla Gonçalves Granger
Anestesiologista

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 152792	
	AIH: 2218101854177	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES	NASCIMENTO 30/07/1987	SEXO F	PRONTUÁRIO 494958
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA JOSE DOS SANTOS RODRIGUES	RESPONSÁVEL O MESMO	
CEP 64000010	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 2339
BAIRRO MONTE HOREBE	COMPLEMENTO	MUNICIPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 23/11/2018	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) RAUL RUBEN DE MACEDO NETO CPF: 00479824380
DATA ADMISSÃO 23/11/2018 14:28	DATA ALTA 24/11/2018 10:10	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) TANIA MOREIRA AREA LEAO CPF: 47061359315	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Joaquim Simão Lima Dias de Souza CPF: 047467
CRM: DATA ANALISE: 23/11/2018 21:56:34	CPF: DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

16/06/18

Nome do Paciente <i>Maria do Sacramento dos Santos</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>apix. ap. l. ov. t. 1.5 x 1.0 x 0.5 cm</i>		
Operação - Tipo <i>huc (fixação ovariana)</i>		
Cirurgião <i>Dr. Raul</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>[assinatura]</i>	Anestesista <i>Dr. Laerte</i>	Anestesia <i>Raque</i>
Anestésico(a)		
da Operação <i>23/11/18</i>	Início <i>20:10</i>	Fim <i>21:00</i>

☒ Diagnóstico Pós-operatório

[assinatura]

Relatório Imediato do Patologista

[assinatura] *pusos TA / TP (+)*

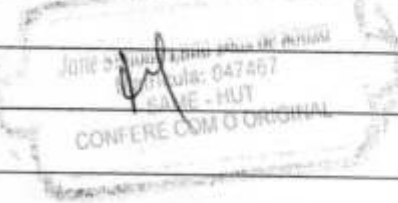
Acidente Durante a Operação

[assinatura] *funções preservadas*

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1- gsv
- 2- ovopexia / anexostomia
- 3- huc / suspensão ovariana
- 4- RA FE (fixação)
- 5- homeostasia
- 6- funções

[assinatura]





PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Maria do Socorro dos Santos Rodrigues

Nº AIH: 227605

Nº do Prontuário: 444958

Data da Internação: 23/11/18

Procedimento Médico Realizado: _____

Indicador de Compatibilidade: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: _____

CRM Nº _____

CPF Nº _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 23/11/18 **DATA DA ALTA:** ____/____/____

**Código Ropm
Nº**

**DESCRIÇÃO DO MATERIAL
(Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)**



IMPOL

INSTRUMENTAL E IMPLANTI

Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP

PINO E FIO RÍGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS *

PINO DE SCHANZ

PINO DE SCHANZ Ø 5,0 X 180 MM - ROSCA 50 MM

TAM: Ø5,0 X 180MM

MATERIAL ASTM F138

REGISTRO ANVISA: 10108770114

RESP. TÉCN. Roberto L. Paula - CREA 5060831183

CLASSE: III QTD: 8

REF.: 0920-005-180 LOTE: 0162/0818



* 0 0 0 8 3 0 5 *

produto de uso único, proibido
reprocessar, destruir após o uso. demais especificações técnicas do produto, cuidado e
manuseio, advertências vide instruções de uso.



IMPOL

INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA

Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil

FIXADORES EXTERNOS

FIXADORES LINEAR ESTÉRIL - IMPOL

FIXADOR LINEAR ROFA II

TAM: 350MM X 200MM

MATERIAL ASTM F899, NBR 209

REGISTRO ANVISA: 10108770128

RESP. TÉCN. Roberto L. Paula - CREA 5060831183

CLASSE: I QTD: 1

REF.: 0933-001-350 LOTE: 0223/0918



* 0 0 0 9 1 4 6 *

produto de uso único, proibido
reprocessar, destruir após o uso. demais especificações técnicas do produto, cuidado e
manuseio, advertências vide instruções de uso.

STERILE R

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

de _____

de _____

Nome do Hospital: _____

C.N.P.J: _____

Assinatura: _____

Cargo: _____

Nome: _____

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23 / 11 / 18NOME DO PACIENTE Maria do Socorro dos S. Rodrigues PRONTUÁRIO Nº: 494958

DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA:

Fixação de fratura tibial

ANESTESIA:

Nº DA SALA:

02

CIRURGIÃO:

CPF Nº:

AUXILIAR:

CPF Nº:

ANESTESIA:

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA:

CPF Nº:

*** MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI N: 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 8,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Atadura de crepe	-	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2	-	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Flávia</u>			
PROLENE							

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP. LEITO		MÉDICO ASSISTENTE
MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRI		494958	31	ORTOPEDIA	CORREDOR 5		
DATA/HORA A CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
DI: 29/11/2018	Fratura da diáfise da tíbia						
24/11/18							
1	Dieta oral livre						
2	Ijelco salinizado						
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
4	Tramadol 100mg _ 01amp + Sf 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						
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	Curativos diários						
9	Cuidados gerais e sinais vitais						
10							
Dr. Gerlando Cosenberg / Dr. Yuri Augusto Félix / Dr. Ricardo S. Vazquez / Dr. Paulo M. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia							
CRM3415-TEOT110029 / CRM17208 / CRM3766-TEOT111905 / CRM3367							



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOS. AL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

PRONTUÁRIO

Manoel do Socorro dos S. Rodrigues	494958
------------------------------------	--------

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CLINICA

Ortopédica

	ENF.	OU AP	LEITO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

LEITO

consider

MÉDICO ASSISTENTE

Plus

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORARIOS

OBSERVAÇÕES

23/11/18

1|DIETA ORAL LIVRE

2	SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA
---	---------------------------

3|CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS

4 | RANITIDINA 50 MG-A AMP + AD, EV, 8/8 h

5|DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h

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

7	TRAMAL 100MG -1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN
---	--

8 | CUIDADOS GERAIS

CONFERE COM O ORIGINAL
S. M. H. U. T.
M. O. B. 047447
João Simão de Lima Dias de Souza

CONFERE COM O ORIGINAL
S. M. H. U. T.
M. O. B. 047447
João Simão de Lima Dias de Souza

CONFERE COM O ORIGINAL
S. M. H. U. T.
M. O. B. 047447
João Simão de Lima Dias de Souza

CONFERE COM O ORIGINAL
S. M. H. U. T.
M. O. B. 047447
João Simão de Lima Dias de Souza

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	Marta dos Santos Rodrigues		IDADE	31 anos	DATA	23/11/2018
HORÁRIO DE ADMISSÃO	02 hs	00 min	TIPO DE ANESTESIA	() GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO		
CIRURGIA REALIZADA	Fix. Ext. Int. Gp. Tibia D?				CIRURGIÃO	
SINAIS VITAIS	HORÁRIO					
	ADMISSÃO				SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	106 X 56				110 X 66	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	75				67	
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	99 %				99 %	
TEMPERATURA AXILAR (O° C)						
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)						
NOME/ MATRÍCULA	RONNA					

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR						
Movimenta os quatro membros	2	2	☒	2	☒	2
Movimenta dois membros	1	1	☒	1	☒	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	☒	0	☒	0
RESPIRAÇÃO						
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	☒	2	☒	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	☒	1	☒	1
Tem apnéia	0	0	☒	0	☒	0
CULAÇÃO						
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	☒	2	☒	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	☒	1	☒	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	☒	0	☒	0
CONSCIÊNCIA						
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	☒	2	☒	2
Desperta, se solicitado	1	1	☒	1	☒	1
Não responde	0	0	☒	0	☒	0
SATURAÇÃO O ₂						
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	☒	2	☒	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	☒	1	☒	1
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	☒	0	☒	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	09		
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	09		

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 21h: Admitida q 31a em 207 de fixação e...
 Leitos de fixação e...
 sob...
 no. 1100

113.726

June Simone Lima Dias de Souza
 Matrícula 47467
 SAE - HUZ
 CONFERE COM O ORIGINAL

RAIO-X REALIZADO

DATA 23/11/18

Técnico: 2

PREScrição Médica	00:00h: Alerta, e... e... ALTA SRPA Dr. Italo Hipólito B.T. Silva Médico Anestesiologista CRM 5053 / RQE 2968 Gerente Médico Centro Cirúrgico HUT ANESTESIOLOGISTA
-------------------	--

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []
POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD



FMS
Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
JOANA DO PRADO PEREIRA					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE			
Int. TUBA (1) FENMA ISQUEMIE II					
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: / /	HORA: :				
Diet. zero l. carnes					
565% Socolet					
Keflin 1g 6/6h					
Alprazolam 2cc 6/6h					
Tratam 100g + 100ml 595 8/8h					
Aspirina 1g 6/12h					
Cebax 500					

CONFERE COM O ORIGINAL
SANE-UT
MATEUS LUIZ DOS SANTOS
047467

Lao-Isa
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PI 2861

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES** (Prontuário:
Endereço: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1987 Idade: 31a5m10d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 695074
Requisição: 894654 Solicitação: 23/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109476 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 23/11/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES** (Prontuário:
Endereço: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1987 Idade: 31a5m10d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 695074
Requisição: 894654 Solicitação: 23/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109475 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 23/11/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas completas recentes desalinhadas na diáfise da tíbia e fíbula.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

LAUDO CINESIOLOGICO FUNCIONAL

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EM 23/11/2018
COM DIAGNOSTICO DE FRACTURA NA PERNA DIREITA,
ESPECIFICAMENTE NA DIAFISE DA TIBIA E FIBULA.
FEZ USO DE FIXADORES EXTERNOS, ASSOCIADO A
TRATAMENTO CONSERVADOR E FISIOTERAPEUTICO,
O MESMO APRESENTA, DIMINUIÇÃO NA DENSIDADE
OSSEA E DEBILIDADE FUNCIONAL COM SEQUELAS
DE 90% NOS SEGMENTOS FRACTURADOS, ASSOCIADO
A CLAUDICAÇÃO E QUADRO DE FORTES DORES.

CID 10 - S82.2, S82.4

Wend Jorge da Silva Rodrigues
Fisioterapeuta
CREFITO 161067-F

29/03/2019

FisioWand - Fisioterapia E Acompanhamento Ocupacional.
Endereço: Quadra 8, Lote 1, casa B. Tel. 0**86 9 9814 9002
Promorar, Teresina - Piauí



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES** (Prontuário:
Endereço: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1987 Idade: 31a5m10d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 695074
Requisição: 894654 Solicitação: 23/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109475 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 23/11/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas completas recentes desalinhadas na diáfise da tíbia e fíbula.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Patricia
Patricia Viana Sales Leão
Matricula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES** (Prontuário:
Endereço: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1987 Idade: 31a6m13d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 227605
Requisição: 894760 Solicitação: 23/11/2018 Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO
Controle: 1109613 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 239 LEITO 264

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 23/11/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas transversas completas recentes alinhadas na diáfise distal dos ossos da perna com presença de fixador externo na tibia.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 12/02/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Patricia Viana Sales Leão
Matricula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES** (Prontuário:
Endereço: AV TOTO RIBEIRO N 2339 - MONTE HOREBE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1987 Idade: 31a6m13d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 227605
Requisição: 894760 Solicitação: 23/11/2018 Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO
Controle: 1109613 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 239 LEITO 264

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 23/11/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas transversas completas recentes alinhadas na diáfise distal dos ossos da perna com presença de fixador externo na tibia.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 12/02/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190307352 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TÍBIA:OSTEOSSÍNTESE). P6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190307352 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TÍBIA:OSTEOSSÍNTESE). P6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0150572/19

Vítima: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODF

CPF: 026.459.293-03

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/11/2018

Titular do CPF: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES : 026.459.293-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/05/2019
Nome: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES
CPF: 026.459.293-03

MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/05/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO