

Browser tabs: Email - Alana, Controle de, Sistema, Sistema, Audiências, Consulta pr, 0800082-54, Baixar o arq, (40) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=649166&ca=93f2d655664a6d3260279653b473fee6625...

Processo Virtual Na... (33) WhatsApp Portal do Advogado Google Zimbra: Movimenta... Publicações Email - Alana Lima... Online Video Cutter...

PJ ProceComCiv 0800082-54.2021.8.18.0076
M. E. O. S. X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

14512812 - CONTESTAÇÃO (2782273 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 04/02/2021 14:43:48

04 Feb 2021


JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 14512810 - CONTESTAÇÃO
 - 14512812 - CONTESTAÇÃO (2782273 CONTESTACAO 01)
 - 14512814 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 14512817 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 14512818 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 14512821 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

14:43

downloadBinario.seam 1 / 9 100% +

2782273- CS/ 2021-00152/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE UNIAO/PI

Processo: 08000825420218180076

PT 14:43 04/02/2021



Número: **0800082-54.2021.8.18.0076**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de União (Cível)**

Última distribuição : **09/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
M. E. O. S. (AUTOR)		FREDSON OLIVEIRA VIEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14512 814	04/02/2021 14:43	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200343333

Vítima: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

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, contados 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

Carta nº 16164954





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200343333

Vítima: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01907/01908 - carta_02 - INVALIDEZ

00030954



Carta nº 16191782



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:43:46

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414434562800000013719920>

Número do documento: 21020414434562800000013719920

Num. 14512814 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200343333

Vítima: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **MARILENE DE OLIVEIRA SILVA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000004288**

Conta: **000006805-5**

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: <input type="checkbox"/> DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASI: 093.033.013-74	3 - CPF da vítima: 093.033.013-74	4 - Nome completo da vítima: MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
5 - Nome completo: MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA		6 - CPF: 093.033.013-74
7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: RUA SANTA ISABEL, VILA NOVA CONQUISTA	9 - Número: 512
11 - Bairro: NOVA CONQUISTA	12 - Cidade: VITÓRIA	13 - Estado: ES
15 - E-mail: fredsonoliveiraoliveira@hotmail.com	14 - CEP: 64.120.000	16 - Tel. (DDD): 86.999.70.9659
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR		
17 - Nome completo do Representante Legal: MARTINE DE OLIVEIRA SILVA		18 - CPF do Representante Legal: 037.833.653.33
19 - Profissão do Representante Legal: DO LAR		20 - Renda Mensal do Titular da Conta: <input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 4288 CONTA: 6805 (Informar o dígito se existir)		
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none">• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.		
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.		
DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE		
23 - Estado civil da vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____		28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____		30 - Vítima deixou nascituro(a) ou abortado(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		34 - Vítima deixou outros parentes vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.		
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____		
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____		
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____		
38 - 1ª Nome: Lourenço Ferreira de Abreu CPF: 386.631.463-68 LOURENÇO FERREIRA DE ABREU Assinatura da testemunha		
39 - 2ª Nome: REGINALDO DE SOUSA CPF: 64.34.281.63-54 REGINALDO DE SOUSA Assinatura da testemunha		
40 - Local e Data: _____		
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____		42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____		

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:43:46

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414434562800000013719920

Número do documento: 21020414434562800000013719920



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário com 16 ou 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: 093 033 013 - 74 CPF da Vítima: 093 033 013 - 74 Nome completo da vítima: MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>MARILENE DE OLIVEIRA SILVA</u>		CPF titular da conta <u>037 833 653 33</u>	Profissão <u>DO LAR</u>
Endereço <u>RUA SANTA ISABEL</u>		Número <u>511</u>	Complemento
Bairro <u>VILA NOVA RAINHA</u>	Cidade <u>UNIÃO</u>	Estado <u>RS</u>	CEP <u>64120-000</u>
Email <u>Fredsonoliveira@hot mail.com</u>		Telefone (DDD) <u>86 995709659</u>	

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 type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input checked="" 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 type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NÚM. <u>4288</u> D/V <u>5</u> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <u>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL</u> NÚM. AGÊNCIA NÚM. <u>6805</u> D/V <u>5</u> (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.

União, 21 de setembro de 2020

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001568/2020-52

Unidade de Registro: 20ª DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Vicente Oliveira De Sousa

Data/Hora: 21/09/2020 - 11:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20ª DP - UNIÃO

Data/Hora

24/05/2020 - 14:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

SAÍDA DA PI, 111 COM A PI, 112, ESTRADA DESTINO ZONA RURAL À UNIÃO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

EM FRENTE A FAZENDA DO SENHOR VALTER

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA ESPERANÇA DE OLIVEIRA SILVA
RG: 4.734.411 SSP/PI

Tipo Envolv.: VITIMA

Mãe: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Endereço: QUADRA 22 CASA 14 RUA SANTA ISABEL, Nº

Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Cidade: UNIÃO

Nome: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA
RG: 2729679 SSP/PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO MIRANDA OLIVEIRA

Endereço: RUA SANTA ISABEL, QUADRA 22, Nº CASA 14

Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9574-0618

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA: CG 125 FAN KS

Ano: Placa:

2013 ODV5828 9C2JC411QDR103399

Renavam:

404427604

Cor:

Vermelha

Condutor: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

RG: 2729679 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA SANTA ISABEL, QUADRA 22 Número: CASA 14 Complemento:

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Proprietário: MARIA CILENE DE OLIVEIRA SOUSA

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADA VEIO NOTICIAR QUE NESTA DATA, LOCAL E HORA JÁ MENCIONADO, CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITO, DO DESTINO JÁ MENCIONADO, TRAZENDO COMO GARUPA SUA FILHA MENOR DE IDADE, DE NOME ACIMA QUALIFICADA ACIMA COMO VITIMA TAMBÉM, AO PARAR NO CRUZAMENTO DA PI, LOCAL, PARA VER SE VINHA ALGUM VEÍCULO PARA SEGUIR SEU DESTINO, FOI COLHIDA EM SUA MOTOCICLETA, POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, ONDE O MESMO LHE ARREMESSOU A UMA DISTANCIA, JUNTAMENTE COM SUA FILHA QUE CONDUZIA COMO GARUPA, E QUE A NOTICIANTE FICOU INCONSCIENTE, ONDE QUEBROU A PERNA DIREITA, E COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO, E UMA PANCADA NO ABDOME, E SUA FILHA MENOR COM UMA PANCADA NA CABEÇA, SENDO QUE TERCEIROS PASSAVAM PELO LOCAL, E VENDO O ACIDENTE CHAMARAM A AMBULÂNCIA DO SAMU, DO HOSPITAL JOSÉ DA ROCHA FURTADO, E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL LOCAL, E TRANSFERIDO DE IMEDIATO A MÃE E

Boletim de Ocorrência emitido em 24/05/2020





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

1122 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001568/2020-52

FILHA PARA O HOSPITAL HUT EM TERESINA-PI, TENDO COMO TESTEMUNHA O SENHOR, LOURENÇO FERREIRA DE ABREU, RG Nº 995.542-PI, CPF 386.871.463-68, RESIDENTE NO ASSENTAMENTO SANTA MARIA NESTE MUNICÍPIO, E O SENHOR REGINALDO PEREIRA DE SOUSA RG Nº 3.351.187-PI, CPF Nº 643.428.163-34, RESIDENTE NO BAIRRO SÃO JOÃO NESTA CIDADE. ERA O QUE TINHA A RELATAR.


Vicente Oliveira De Sousa - Mat.
AGENTE DE POL.


MARILENE DE OLIVEIRA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação


Lucio Rêgo Leal Pimenta
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 135.333-7





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE		<input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASI:		3 - CPF da vítima:		4 - Nome completo da vítima:			
		093.033.013-74		MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012							
5 - Nome completo:				6 - CPF:			
MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA							
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número:		10 - Complemento:	
ESTUDANTE		RUA SANTA ISABEL, VILA NOVA CONQUISTA		514			
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:		14 - CEP:	
NOVA CONQUISTA		VITÓRIA		ES		64.120.000	
15 - E-mail:				16 - Tel. (DDD):		17 - Nome completo do Representante Legal:	
fredsonoliveiraoliveira@hotmail.com				86.999.30.9659		MARTINE DE OLIVEIRA SILVA	
18 - CPF do Representante Legal:				19 - Profissão do Representante Legal:			
037.833.653.33				DO LAR			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).							
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:							
<input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00 <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00							
21 - DADOS BANCÁRIOS:							
<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)							
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)							
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____							
AGÊNCIA:		CONTA:		AGÊNCIA:		CONTA:	
4288		6805					
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(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 e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.							
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE							
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74. Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.							
DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE							
23 - Estado civil da vítima:				24 - Data do óbito da vítima:			
<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo							
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
28 - Vítima teve filhos?		29 - Se tinha filhos, informar Vivos:		30 - Vítima deixou nascituro(a) ou não?		31 - Vítima teve irmãos?	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos?		34 - Vítima deixou pais/avós falecidos?		35 - Vítima deixou irmãos/avós vivos?	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.							
36 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):		37 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):		38 - 1ª Nome:		39 - 2ª Nome:	
				LOURENÇO FERREIRA DE ABREU		REINALDO PEREIRA SOUSA	
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):		36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):		Assinatura da testemunha		Assinatura da testemunha	
				Assinatura da testemunha		Assinatura da testemunha	
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):		38 - Local e Data:		39 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):		40 - Assinatura do Procurador (se houver):	
		MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA					

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:43:46

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414434562800000013719920

Número do documento: 21020414434562800000013719920

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:	21/10/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000006805-5

Nr. da Autenticação 6367A086FA4FB344



equatorial
ENERGIA

EQUATORIAL PLAZA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.201.383-5
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
consulte, informe
esse NÚMERO!

1358132-5

Nº da Nota Fiscal 42468346

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh)

TOTAL A PAGAR (R\$)

CONTA MÊS

VENCIMENTO

AGOSTO/2020

31/08/2020

145

94,94

MARILENE DE OLIVEIRA SILVA
R. SANTA ISABEL S/N - VILA NOVA CONQUISTA
CPF: 00003783365333
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 260.020.12-27.539100

Atual: 6837
Anterior: 6692
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo Medido: 145
Consumo Faturado: 145
Forma de Faturamento: NORMAL

Atual: 24/08/2020
Anterior: 23/07/2020
Próxima Leitura: 23/09/2020
Emissão: 23/08/2020
Apresentação: 24/08/2020
Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESID. B.X. RENDA	MONO	A1463635		1.4.1.1	88

RESID. B.X. RENDA

MONO

A1463635

DESCRIÇÃO DA CONTA

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo

JUL/20 159

JUN/20 173

MAI/20 124

ABR/20 117

MAR/20 62

FEV/20 58

JAN/20 63

DEZ/19 64

NOV/19 64

OUT/19 60

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 10 - 0,00000

31 A 100 - 0,00000

101 A 145 - 0,653340

CONSUMO

30 A R\$ 0,271320 =

70 A R\$ 0,465374 =

45 A R\$ 0,698347 =

CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)

DIF. P/ BASE CALCULO TRIBUTOS

SUBVENCAO BAIXA RENDA

CORRECAO MONETARIA IG 07/20-00

MULTA POR ATRASO 07/20-00

JUROS POR ATRASO 07/20-00

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/08/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



equatorial
ENERGIA

Para contato
consulte, informe
esse NÚMERO!

1358132-5

EQUATORIAL PLAZA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.201.383-5
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: **42468346**
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	31/08/2020	145	94,94

MARILENE DE OLIVEIRA SILVA
R. SANTA ISABEL S/N - VILA NOVA CONQUISTA
CPF: 00003783365333
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 260.020.13-27.539100

Atual:	Anterior:	Próxima Leitura:	Emissão:	Apresentação:	Dias de Consumo:
6837	6692	24/08/2020	23/07/2020	23/09/2020	23/08/2020

Constante de Multiplicação: **1,000**
Consumo Medido: **145**
Consumo Faturado: **145** FCAM*
Forma de Faturamento: **NORMAL** Código de Irregularidade:

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A1463635		1.4.1.1	88

HISTÓRICO kWh	Mês/ano consumo	CONSUMO	30 A R\$	70 A R\$	45 A R\$
JUL/20	159		0,271320 =	8,15	
JUN/20	173		0,465374 =	32,61	
MAI/20	124		0,698347 =	31,45	
ABR/20	117			9,84	
MAR/20	62			40,39	
FEV/20	58			30,59	
JAN/20	63			0,91	
DEZ/19	64			1,60	
NOV/19	64			0,58	
OUT/19	60				

TARIFA DE TRIBUTOS:
0 A 10 - 0,000000
31 A 100 - 0,000000
101 A 145 - 0,000000

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/08/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.





SAMU
192 24/05/2020

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nome do Solicitante:		
Contato do Solicitante:		
SAÍDA DO PA: 13:50	CHEGADA AO LOCAL: 14:03	SAÍDA DO LOCAL: 14:34
CHEGADA AO HOSPITAL: 14:47	SAÍDA DO HOSPITAL: 15:20	CHEGADA AO PA: 15:23

NOME DO PACIENTE: Maria Esperança de Oliveira Silva
SEXO: () MAS (x) FEM IDADE: 8 anos
LOCAL DA OCORRÊNCIA: HOME PZ 112 (rua Miguel Alves) 900 ao vulto

TIPO DE OCORRÊNCIA

() Envenenamento	() Agressão Física	() Acidente de Moto
() Choque Elétrico	() Afogamento	() Acidente de Carro
() Urgência Obstétrica	() Queda	() Mal Súbito
() Urgência Pediátrica	() Já Removido	() Falso Chamado
() Ferimento Arma Branca () Fogo	() transferência hospitalar	() Queimadura
() Atropelamento	() Urgem. Clínica:	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PUPILAS	ECG
(x) Alerta	(x) Iguais	() Normal
() Responde ao Comando	() Desiguais	(x) Confusa
() Responde a Dor	() OUTROS	() Nenhuma
() Sem resposta		

PULSO RADIAL:	(x) FORTE	() FRACO	() LEVE	() MODERADO	() AUSENTE
---------------	-----------	-----------	----------	--------------	-------------

SINAIS VITAIS	1ª Verificação	2ª Verificação
HORA:	14:47	
SATURACÃO	98	
P.A.	120x90	
PULSO	114	
RESPIRAÇÃO	20	
GLICEMIA	---	
TEMPERATURA	35,8	

OBSERVAÇÕES:

Quarta vítima de colisão (carro em movimento) apresentando lesão TCE, lesão no corno cabular, fratura em região torácica, com agitação desorientada, sangramento labial e no nariz. Realizado atendimento no hospital. OBS: Transferida ao 2º andar da unidade de emergência.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

ENTRADA NO HOSPITAL

() Melhorando	() Severa Gravidade	() Indeterminado
() Piorando	() Média Gravidade	() Óbito antes do Soc
(x) Inalterado	() Pequena Gravidade	() Óbito no transporte
() Coma	() Iluso	

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

HOSPITAL DE DESTINO: HMC

ASSOCORRISTA:
Kátia Mesquita da Ponte
COREN-PI 001.254.268-12

RECEPÇÃO DO HOSPITAL:
Dona Maria

MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A)
Enfermeiro
Coren - PI 506





HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 111 - 6
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO

TROLE:	SERVIDOR: <i>Carlo</i>	DATA: <i>21/05/2020</i>	HORA: <i>14</i>
DADOS DO PACIENTE.			
IE: <i>Marina Esperança Oliveira</i>	DN: <i>04/12/11</i>	ID: <i>3000</i>	SEXO: <i>F</i>
IE DA MÃE: <i>Marcelino da Oliveira Silva</i>	RG: <i>1555.741</i>	CONTATO: <i>9042 67666</i>	
ERECÇÃO: <i>Vila Santa Isabel</i>	CEP: <i>6410000</i>		
PRO: <i>3000</i>	CIDADE: <i>União</i>	UF: <i>PI</i>	

DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☒ SAMU ☐ PM ☐ AMBULANCIA ☐ OUTRO

NOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

TIPO DA PROCURA: TRAUMA ☒ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA ☐

ALTA: ☐ PA: ☐ SAT: 02: *44* T: ☐ DOR: ☐ ECG: ☐ GLICEMIA: ☐ PESO: ☐ ALTURA: ☐

CRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

ERVAÇÕES: *Sat. O2: 94% com SL/min*
FC: 134 - 81.

MELHOR ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

ÁRIO: ENFERMEIRO(A): CONSELHO/REGISTRO:

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO: *paciente politraumatizada, vítima de acidente de trânsito, com lesões em membros superiores e inferiores, hemorragias, fraturas de fêmur e tíbia direita e esquerda.*

EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☐ RX ☐ US

DIAGNÓSTICO: *trauma - TCE*

CONFIRMAÇÃO DO ATENDIMENTO
16/09/2020
ABRIL

RESCRIÇÃO MÉDICA

Dipirona - 1,2 ml + AD, eu
Etiopiridina - 1,2 ml + AD, eu
14.5g

CONDUTA

ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNACÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

HORA/SAÍDA: ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO/CRM: ENFERMEIRO(A)/COREN: PACIENTE:

MÉDICO CRM: *Dr. Ednan Soares Coutinho*
CRM-PI 5265
CPF: 000.134.103-17

ENFERMEIRO(A) COREN: *Adriana Ribeiro*





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 ESPERANCA OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545969)
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIAO - RO CEP: 76924-000
Nascimento: 04/12/2011 Idade: 8a5m22d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 263743
Requisição: 1097414 Solicitação: 26/05/2020 Solicitante: ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA
Controle: 1522473 Convênio: S U S CLINICA PEDIATRICA - P05 ENFERMARIA 203 LEITO 25

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/05/2020

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- FRATURA COMINUTA COM AFUNDAMENTO NO OSSO FRONTAL ESQUERDO.
- DELGADO HEMATOMA SUBDURAL AGUDO FRONTAL ESQUERDO.
- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE AGUDA FRONTAL ESQUERDA.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
- CONTUSÃO ENCEFÁLICA HEMORRÁGICA EM LOBO FRONTAL ESQUERDO.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 26/05/2020

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
Profissional Responsável

Tenso Rapael Pereira de Sousa Lúcio
Matrícula: 056234
SAME - HUT
Confere com Original





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.317/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545969)
Endereço: RUA SANTA ISABEL, QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIAO - RO CEP: 76924-000
Nascimento: 04/12/2011 Idade: 8a5m20d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780024
Requisição: 1096820 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: AIANA CAMILA AMANCIO DE ARAUJO MENDES
Controle: 1520755 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 24/05/2020

US DE ABDOME 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: com dimensões e volume normais. Ecogenicidade parenquimatosa preservada.
- 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.

(HELDER FRANÇA)

TERESINA - PI 24/05/2020

HELDER DO ESPIRITO SANTO FRANCA

CPF: 287.117.933-68 CRM-PI 3714
Profissional Responsável

Teresa Rauland Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 056234
SANE - HUT
Compare com 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 ESPERANCA OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545969)
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIAO - RO CEP: 76924-000
Nascimento: 04/12/2011 Idade: 8a5m20d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780024
Requisição: 1096820 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: AIANA CAMILA AMANCIO DE ARAUJO MENDES
Controle: 1520755 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 24/05/2020

US DE ABDOME 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.
- Ovarios: com dimensões e volume normais. Ecogenicidade parenquimatosa preservada.
- Musculatura pélvica com espessura e ecogenicidade normais.
- Não há imagens de lesões anexas 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.

(HELDER FRANÇA)

TERESINA - PI 24/05/2020

HELDER DO ESPIRITO SANTO FRANCA

CPF: 287.117.933-68 CRM-PI 3714
Profissional Responsável

Temora Ruzaid, Perito de Souza Lopes
Matrícula: 059234
SIME - HUT
Compare com Original





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA
DR. ZENON ROCHA**

NOME DO PACIENTE: Maria Esperança Oliveira Sales
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 545969

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"

Pessoa Assinada: Pereira de Souza, Lúcia
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Conferido com Original





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 06 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Unidade de
NEURO OK
Cerebral

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA	Prontuário:	545969
Mãe:	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	Pai:	BENEDITO PEREIRA DA SILVA
End. Resid.:	RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIAO - RO - CEP: 76924-000		
Nascimento:	04/12/2011	Idade:	8a5m20d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-99419-4088
Responsável:	MARIA GABRIELA	CNS:	898003015657641
Profissão:	CRIANÇA	Documento:	RG: 4734411 - SSPI
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	780024	Entrada:	24/05/2020 19:17:14	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	Conforme Paciente/Acomp: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Condução:	AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEDAS	Dor moderada	Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. COM QUEIXA DE DOR ABDOMINAL, RELATA VONTADE DE EVACUAR, TAX, 36,5, SAT: 98 SEM APORTES DE 02 NEGA ALERGIAS, COM ESCORIAÇÕES EM FACE E COIRO CASELUDO.		THAYRES VIEIRA DA SILVA COREN 422727 Em: 24/05/2020 19:27:38

SSVV:	(Hora: :)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 kg/m2	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: Paciente vítima de acidente moto x carro por volta das 12h. paciente era passageira na moto. relato de perda da consciência e vômitos, além de confusão mental. anotação de trauma torácico e craniano. nega alergia medicamentosa. nega doença crônica. última refeição antes das 12h. so exame: p estimado: 33kg. reg, ativa, reativa, hidratada, eupneica, acianótico, anictérico, corado, neurológico: ecg 14, pifr. pele: escoriações em mmil, nse e cranio. aep fisiológica. abdome inocente com hixigoma palpável. pulsos perifericos amplos, tec 2s. bd: politrauma									

ULTRASSONOGRAFIA REALIZADA
DATA 24/05/2020 HORA 19:45
EXAME: US abd total
MÉDICO: Dr. A. A. Mendes

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	
Exames Complementares: (1520752) - T.C. DE CRANIO (1520753) - T.C. DE COLUNA CERVICAL (1520754) - TORAX PA	

TOPOGRAFIA REALIZADA
DATA 24/05/2020 HORA 20:25h
E: CC, CM 150

Prescrição Médica: PARCEC NEURO PARCEC CIFE PARCEC ORTOP	303040092
--	-----------

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Infantil)	DATA: / /	HORA: :
--	-----------	---------

Assinatura Paciente ou Responsável

AIANA CAMILA AMARCO DE ARAUJO MENDES
5546 Em: 24/05/2020 19:44:28



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:43:46

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414434562800000013719920

Número do documento: 21020414434562800000013719920

24/05/2020

H7dra - Regulação SUS

SOLICITAÇÃO: MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA - 202005241178143
STATUS: ENCERRADA

Informações Gerais

Paciente: MARIA
ESPERANÇA OLIVEIRA
SILVA - 898003015657641 -
04/12/2011 (8 anos), Unib.
Mãe: MARILENE DE
OLIVEIRA SILVA

Leito:
Classe, Risco: Emergência

VISÃO GERAL

Etab. Solicitante Hospital Dr. José da Rocha Furtado (União/PI)
Médico Solicitante EDUARDO GARCIA CLAUDINO
Usuário Solicitante Marcos Vinicius

Senha 202005241178143

Observação Solicitante : Arlene da Silva Fontenele em 24/05/2020 17:10

Observação Executante

Caráter Urgência

Tipo de Leito Neurocirurgia

CIDs Traumatismo intracraniano, não especificado

Procedimentos

Descrição Clínica PACIENTE POLITRAUMATIZADA, VITIMA DE COLISÃO ENTRE CARRO E MOTO.
APRESENTANDO TRAMA CRANIO TORÁCICO, SONOLÊNCIA, VÔMITOS EM JATO,
LACERAÇÃO NA REGIÃO FRONTOTEMPORAL, TREMOR, EXTREMIDADES FRIAS.EF
TAQUICARDÍACA (FC:134 BPM); AP MV+ DIMINUIDO NO HTD. PACIENTE PRECISA DA
AVALIAÇÃO DE IMAGEM E NCR.
Visualizar mudanças (/internacoes/178143/mudanca)

Protocolo de Atendimento Pressão Sistólica: 120

Pressão Diastólica: 90

Saturação (%): 89

Frequência Cardíaca (bpm): 134

Frequência Respiratória (rpm): 24

Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 13

Assistência Ventilatória: cateter_nasal

Observações

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
24/05/2020 17:10	Arlene da Silva Fontenele - Etab: Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Encerrada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento Solicitante
24/05/2020 16:47	LUCAS UZIEL REIS MENDES - Operador Internação - SESAPI	Encerrada	Regulado Via Central de Regulação Municipal de Teresina : PACIENTE REGULADO(A) VIA GESTOR SAUDE PARA O HUT // ID 127097 E AUTORIZAÇÃO 1042742049.
24/05/2020 15:51	Marcelo Coelho Vieira Albuquerque - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	Envio para a Regulação Municipal
24/05/2020 15:51	Marcelo Coelho Vieira Albuquerque - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
24/05/2020 15:27	Arlene da Silva Fontenele - Etab: Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Pendente	

Tenise Raposo, Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 056234
SAÚDE - HUT
Confira com Original

<https://hydra.sesapi.pi.gov.br/internacoes/178143>

1/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:43:46

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414434562800000013719920>

Número do documento: 21020414434562800000013719920

Num. 14512814 - Pág. 20

1/05/2020

Gestor Saúde - Fundação Municipal De Saúde De Teresina

Solicitação de Regulação

Todos os campos marcados com * são obrigatórios.

ID: 127097

Situação: A: [AUTORIZADA] Autorização: Situação do Paciente: EM OBSERVAÇÃO

Tipo: 2: Avaliação clínica

Verificação do Estab. Exec.: Aguardando Usuário Responsável

Limite para Confirmação: 24/05/2020 17:00:27

Estabelecimento Solicitante: CENTRAL ESTADUAL DE REGULACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR

Estabelecimento Origem: HOSPITAL DR JOSE DA ROCHA FURTADO

Município Origem: UNIAO

Território: ENTRE RIOS

Profissional Solicitante*: EDUARDO GARCIA CLAUDINO

Paciente*: MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA

Nascimento: 04/12/2011 08 ano(s) Sexo: F Cartão SUS: 898003015657641

Mãe: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA Telefone: Telefone2:

Endereço: VILA SANTA ISABEL Nº: UF: PI

Bairro: ZONA RURAL Município: UNIAO

Dados da Internação

Situação: Hora de Entrada:

Data da Entrada: Horário da alta: Motivo da alta:

Data da alta: HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON

Executante:

Dados Clínicos

História Clínica: PACIENTE POLITRAUMATIZADA, VITIMA DE COLISÃO ENTRE CARRO E MOTO APRESENTANDO TRAUMA CRANIO TORÁCICO, SONOLÊNCIA, VÔMITOS EM JATO, LACERAÇÃO NA REGIÃO FRONTOTEMPORAL, TREMOR, EXTREMIDADES FRIAS EF: TAQUICARDÍACA (FC:134 BPM); AP: MV+ DIMINUIDO NO HTD. PACIENTE PRECISA DA AVALIAÇÃO DE IMAGEM E NCR.

Observação:

Exames Solicitados:

Diagnóstico (CID): TRAUMATISMO INTRACRANIANO NAO ESPECIFICADO

Pressão Arterial: 120 X 90 (mmHg) Saturação: 89 % Freq. Cardíaca: 134 (bpm)

Glicemia: (mg/dL) Nível de Consciência: 13 Uso de O2: Cateter nasal

Comorbidade:

☐ Alergia

☐ Risco de Queda

☐ Risco de Broncoaspiração

☐ Risco de Úlcera de Pressão

Prescrição

É importante que seja anexada a última prescrição e os exames realizados para melhor continuidade do tratamento.

Uso de Drogas Vasoativas: Sim Não

Uso de Antibiótico: Sim Não

Outras Medicamentos: Sim Não

Descrição:

Especialidade Requerida: NEUROCIRURGIA

Classificação de risco: 4 - PRIORIDADE MÁXIMA

Estabelecimento/Leito Referenciado: HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - NEUROCIRURGIA

Histórico:

Situações anteriores: Data: 24/05/2020 16:00:27 Usuário: DANIEL OUTRA DOS SANTOS
Estabelecimento: CENTRAL DE REGULACAO DE TERESINA
Situação: AUTORIZADA
Tipo: AVALIAÇÃO CLÍNICA OU EXAME EM HOSPITAL

Novo Gravar Pesquisar Excluir Fechar Comprovante Imagens (0) Solicitar Transporte Notificação Regulação

https://fmsteresina.gestorsolucao.net.br



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:43:46

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414434562800000013719920

Número do documento: 21020414434562800000013719920

Num. 14512814 - Pág. 21



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (A/IH)

315523

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	263743

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA	6 - Prontuário:	545969
7-CNS:	89003015657641	8-Nascimento:	04/12/2011
9-Sexo:	Feminino	RG:	4734411 - SSP
1-Mãe:	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	12-Fone:	86-95419-4088
11-Resp:	MARIA GABRIELA	14-Corr:	Parda
15-Endr:	RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - CEP: 76924-000		
16-Munic:	NOVA UNIAO	17-Cod.IGGE:	110143
		18-UF:	RO
		19-CEP:	76924-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
TCE

21 - Condições que justificam a internação:
AS ACIMA

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

23 - Diagnóstico inicial:
S068

24-CID Princ. 25-CID Sec. 26-CID C.Aux.:

27- Outros traumatismos intracranianos

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:	29-Procedimento Solicitado:	30-Caráter:	31-Ident.:	32-Doc. Méd. Solic.:
0303040092	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)	02	01	010.364.633-70
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:			
ELTON PORTELA SANTOS BRIZERA	24/05/2020			
				Antonio Lopes de Abreu Filho Gerente de Clínica Pediátrica CRM-P 2047
				35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguidora:

40-CPNJ Empresa:

41-Região:

42-CEAE Empresa:

43-CEAE Empresa:

44-CEAE:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento:	49-Num. Documento:
() CNES () CPF	
	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	Usuário: (VULLE)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 315523
	AIH: 2220100339512
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	CNES 7569963
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 89803015657641	NOME DO PACIENTE MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA	NASCIMENTO 04/12/2011	SEXO F	PRONTUÁRIO 545069
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	RESPONSÁVEL MARIA GABRIELA	
CEP 64120-009	ENDEREÇO - LOGRADOURO VILA SANTA ISABEL		NÚMERO / LOTE	
BAIRRO ZONA RURAL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO UNIAO	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS TCE		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS ACIMA		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) TC DE CRÂNIO		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		
CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0303046092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO	
LEITO/CLÍNICA NEUROCIRURGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ELTON FORTALE SANTOS BEZERRA CPF: 01036463370 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 24/05/2020
DATA ADMISSÃO 24/05/2020 19:17	DATA ALTA 31/05/2020 08:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 01824032381 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 24/05/2020 21:27:43 CPF: CRM: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Teresina Raposo Pinheiro de Sousa Lopes
Médica: 059234
SHAME - HUT
Contrato com Original

about:blank

1/





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

PRESCRIÇÃO INICIAL No.: 118393 - Em: (31/05/2020)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt. Nasç./Id:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
263743	545969	MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA	04/12/2011 845620d	CLINICA PEDIATRIA - F05	ENFERMARIA 203	LEITO 25	KASSIO ALENCAR RODRIGUES		
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:							
Hora:		POLITRAUMA + FX DE CRÂNIO							
Alergias:									
Seq.:	Descrição-Apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta									
1	ONDANSETRON 2MG/ML, INJ. C/ 2ML. DILUIR EM SOLH. SFO. 5% . EV DE 8/8H EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampla	EV	SN				
2	TIRAS-TESTE PARA GLICOSE NO SANGUE (ON CALL PLUS)	2,00	Envelop	Subcutâneo	12/12h				
3	DIFENORA 500MG/ML, SOL. ORAL GOTAS FAZER 20 GOTAS VO EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Frasco	Oral	SN				

Observações Gerais,
Suspensões e Alterações:

ACESSO VENOSO SALINIZADO

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA + SINAIS VITAIS REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Tc a fratura em equinamento
contínua quanto a discreta

Alte -

Orto consultar y pediatra
ambulatorialmente

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 0569234
HUT - HUT

04/12/2020
Kassio Alencar Rodrigues
Fone: 86 3218 5445





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

[illegible]



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

Impr: 24/05/2020 19:46:30
(LAISARA CAMILA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA		Prontuário: 545969
Mãe: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	Pai: BENEDITO PEREIRA DA SILVA	
End. Resid.: RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIAO - RO - CEP: 76924-000		
Nascimento: 04/12/2011	Idade: 8a5m20d	Sexo: Feminino Fone: 86-99419-4088
Responsável: MARIA GABRIELA	CNS: 898003015657641	
Profissão: CRIANÇA	Documento: RG: 4734411 - SSP	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 780024	Data: 24/05/2020 19:17:14	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 24/5/2020 20:00h	ESPECIALISTA: N C A
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: T C C	
TC G G F	
TC G G F: F = Agudizada + (A G 2), sem sinais	
resíduos de lesão de 2ª ou 3ª ordem	
com, Intenso	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 24/5/2020 20:00h	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 23/05/2020 22:00	ESPECIALISTA: Cirurgia Pediatria
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Poltrauma	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 23/05/2020 22:30	
A) UA pericardio com CC e 3m PR B) MÚSCULA com RA, cuprimento em ADA C) BNF, RCP, colapso hemodinâmico.	
D) Glândula H, disorientada, incoerente, com depósito neuromuscular. E) Pelvis estável, abdome	
movente	
Cd: Sem proposta cirurgia	
Sutura	
Alta cirúrgica	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

Orientação: Dr. Adm





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 ESPERANCA OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545969)
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIAO - RO CEP: 76924-000
Nascimento: 04/12/2011 Idade: 8a5m20d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780024
Requisição: 1096818 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: AIANA CAMILA AMANCIO DE ARAUJO MENDES
Controle: 1520752 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 24/05/2020

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- FRATURA COMINUTA COM AFUNDAMENTO NO OSSO FRONTAL ESQUERDO.
- DELGADO HEMATOMA SUBDURAL AGUDO FRONTAL ESQUERDO.
- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNOIDE AGUDA FRONTAL ESQUERDA.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2020

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591
Profissional Responsável

Teresina, 24/05/2020
Márcia Regina Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 056234
SAME - HUT
Conteúdo Original





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3216 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545969)
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIAO - RO CEP: 76924-000
Nascimento: 04/12/2011 Idade: 8a5m20d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780024
Requisição: 1096818 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: AIANA CAMILA AMANCIO DE ARAUJO MENDES
Controle: 1520753 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 24/05/2020

T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL VERTEBRAL COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL NORMAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2020

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável

Teresa Rapael Pinheiro de Sousa Lopes
Matriculada: 056234
SAMB - HUT
Conteúdo com Original





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 06 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545969)
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIAO - RO CEP: 76924-000
Nascimento: 04/12/2011 Idade: 8a5m21d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780024
Requisição: 1096819 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: AIANA CAMILA AMANCIO DE ARAUJO MENDES
Controle: 1520754 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 24/05/2020

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

(LUIS CEZAR)

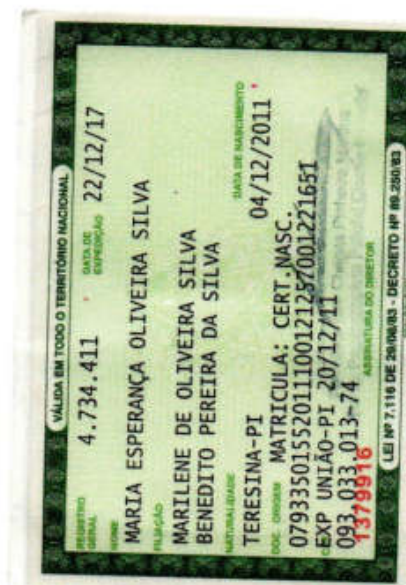
TERESINA - PI 25/05/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SIAE - HUT
Compare com Original





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 010103659576
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 494427604 EXERCÍCIO 2012

0958 494d 20E2 5196 f0af ed18 cdfb fbf4 ad71 8d11 2812

NOME MARIA CIRLENE DE OLIVEIRA SOUSA

PLACA 02377964303

CHASSI 9C2JC4110DR103399

PLACA ANT/UP -

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN K8

ANO FAB 2012

ANO MOD 2013

CAP/PT/OL 02P/0124CC

CATEGORIA PARTIC

COM/PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA -

FAIXA IPV A -

PARCELAMENTO/COTAS -

00000000

PREMIO TARIÁRIO (R\$) -

KOF (R\$) -

PREMIO TOTAL (R\$) -

DATA DE PAGAMENTO -

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

PBT: 001.08

ALIEAÇÃO FIDUCIARIA

ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

UNIAO

LOCAL

DATA 09/11/2012

JOSE ANTONIO VASCONCELOS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200343333 **Cidade:** União da Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO MODERADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200343333 **Cidade:** União da Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO MODERADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200343333 **Cidade:** União da Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO MODERADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200343333 **Cidade:** União da Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO MODERADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL EM DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DE LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

**Documentos
complementares:**

Observações: 130320

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

