

Screenshot of a web browser showing a digital document viewer interface. The main window displays a scanned document titled "downloadBinario.seam" from "JOÃO BARBOSA - ADVOGADOS ASSOCIADOS". The document header includes the date "27/02/2023", the reference number "C3/ 2021-00152/ INVALIDEZ", and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE UNIAO/PI". Below the header, it says "Processo: 08000825420218180076". On the left, a sidebar shows a tree view of the document structure under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" dated "04 Feb 2021", listing items like "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)", and "14512821 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)". The status bar at the bottom right shows the date "04/02/2021" and time "14:43".



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	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 32003433333 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 n° 16164954



Pag 00667/00668 - Carta 01 - INVA IDEZ



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

Núm. 14512814 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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: INTERRUPÇÃO 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. 0190701908 - carta\_02 - INVALIDEZ



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](http://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: 32003433333 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 inde

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%  
Sociedade Brasileira de Psiquiatria (2011)

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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<b>DADOS CADASTRAIS</b> 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 ASU: 3 - CPF da vítima: 093.033.013-74 4 - Nome completo da vítima: MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA <small>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</small>																															
5 - Nome completo: MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA 6 - CPF: 7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA SANTA ISABEL, VILA NOVA CONQUISTA 9 - Número: 510 10 - Complemento: 11 - Bairro: NOVA CONQUISTA 12 - Cidade: VILA NOVA CONQUISTA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64120-000 15 - E-mail: fredsonalveiracavieira@hotmail.com 16 - Tel (DDDD): 86 995709659 <small>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</small>																															
17 - Nome completo do Representante Legal: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA 18 - CPF do Representante Legal: 037.833.653.33 19 - Profissão do Representante Legal: DO LAZ <small>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).</small>																															
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> REUSCIO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> REUSCIO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	<input 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																								
<input type="checkbox"/> REUSCIO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00																													
<input 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																													
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)           </td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)           </td> </tr> <tr> <td> <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)           </td> <td> <small>Nome do BANCO:</small> _____           </td> </tr> <tr> <td> <small>AGÊNCIA:</small> 4288 <small>CONTA:</small> 6805 <small>DIGITO:</small> 5           </td> <td> <small>AGÊNCIA:</small> _____ <small>CONTA:</small> _____ <small>DIGITO:</small> _____  <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<small>Nome do BANCO:</small> _____	<small>AGÊNCIA:</small> 4288 <small>CONTA:</small> 6805 <small>DIGITO:</small> 5	<small>AGÊNCIA:</small> _____ <small>CONTA:</small> _____ <small>DIGITO:</small> _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>																								
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)																														
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<small>Nome do BANCO:</small> _____																														
<small>AGÊNCIA:</small> 4288 <small>CONTA:</small> 6805 <small>DIGITO:</small> 5	<small>AGÊNCIA:</small> _____ <small>CONTA:</small> _____ <small>DIGITO:</small> _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>																														
<small>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.</small>																															
<b>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b> <p><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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul> <p>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.</p> <p>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.</p>																															
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">23 - Estado civil da vítima:</td> <td style="width: 25%;"><input checked="" type="checkbox"/> Solteiro</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Casado (no Civil)</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Divorciado</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Separado judicialmente</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Viúvo</td> <td style="width: 25%;">24 - Data do óbito da vítima:</td> </tr> <tr> <td>25 - Grau de Parentesco com a vítima:</td> <td colspan="2">26 - Vítima deixou companheiro(a):</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="2">27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:</td> </tr> <tr> <td>28 - Vítima teve filhos?</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td>29 - Se tinha filhos, informar quantos:</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td>30 - Vítima deixou herdeiro(a)?</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td>31 - Vítima teve irmãos?</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td>32 - Se tinha irmãos, informar quantos:</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td>33 - Vítima deixou pais/ausônios vivos?</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> </tr> </table>		23 - Estado civil da vítima:	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<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	29 - Se tinha filhos, informar quantos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou herdeiro(a)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar quantos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/ausônios vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
23 - Estado civil da vítima:	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<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	29 - Se tinha filhos, informar quantos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou herdeiro(a)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar quantos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/ausônios vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																
<small>Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ente, ainda, de que qualquer omisão 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.</small>																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">           34  <small>informações apresentadas na declaração não correspondem à realidade</small> </td> <td style="width: 33%; text-align: center;">           35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)         </td> <td style="width: 33%; text-align: center;">           36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)         </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">           37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)         </td> </tr> </table>		34 <small>informações apresentadas na declaração não correspondem à realidade</small>	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)																									
34 <small>informações apresentadas na declaração não correspondem à realidade</small>	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)																														
40 - Local e Data, _____ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) SELVOI FPS.001 V002/2019																															
38 - 1º Nome: LOURENÇO FERREIRA DE ABREU CPF: 386.671.463-68 39 - 2º Nome: LOURENÇO FERREIRA DE ABREU CPF: 6434.281.63-54 43 - Assinatura do Procurador (se houver) TESTEMUNHAS 44 - Assinatura da testemunha 45 - Assinatura da testemunha																															





## 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  CPF da Vítima  Nome completo da vítima   
**093 033 013 - 74** **MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA**

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <b>MARILENE DE OLIVEIRA SILVA</b>	CPF titular da conta <b>037 833 653 33</b>	Profissão <b>DO LAR</b>
Endereço <b>RUA SANTA ISABEL</b>	Número <b>511</b>	Complemento
Bairro <b>VILA NOVA PARAUAI</b>	Cidade <b>UNIÃO</b>	Estado <b>PI</b>
Email <b>fredericodeliveira@hotmail.com</b>	Telefone (DDI) <b>86 995709659</b>	

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **4288** DIV. **6805** CONTA NRO. **5**  
(Informar dígito se existir)

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ RPO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. DIV. CONTA NRO. DIV.  
\_\_\_\_\_ (Informar dígito se existir) \_\_\_\_\_ (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado 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

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

http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414434562800000013719920  
Número do documento: 21020414434562800000013719920

Num. 14512814 - Pág. 5



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. 6



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

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Vicente Oliveira De Sousa

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20º DP - UNIÃO

Data/Hora

24/05/2020 - 14:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Bairro

Endereço

OUTROS - ZONA RURAL

SAIDA DA PI, 111 COM A PI, 112, ESTRDA DESTINO ZONA RURAL Á UNIÃO, N°:

Complemento

Ponto de Referência

EM FRENTE A FAZENDA DO SENHOR VALTER

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA ESPERANÇA DE OLIVEIRA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 4.734.411 SSP PI

Mãe: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Endereço: QUADRA 22 CASA 14 RUA SANTA IZABEL, N°

Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9574-0618

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

RG: 2729679 SSP PI

Mãe: MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO MIRANDA OLIVEIRA

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

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: Chassi:

2013 ODV5828 9C2JC4110DR103399

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: 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 QUALIFICADO ACIMA COMO VÍTIMA TAMBÉM, AO PARAR NO CRUZAMENTO DA PI, LOCAL, PRA 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 DISTÂNCIA, JUNTAMENTE COM SUA FILHA QUE ESCORIAÇÕES PELO CORPO, E UMA PANCADA NO ABDOME, E SUA FILHA MENOR COM UMA PANCADA NA CABEÇA QUEBRANDO O GRÂNIO, E O REFERIDO VEÍCULO NÃO PRESTANDO SOCORRO AS VÍTIMAS, EVADINDO-SE DO LOCAL, 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 À MÃE E

Boletim de Ocorrência nº 107500.001568/2020-52



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. 7



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 Souza - Mat.  
AGENTE DE POL.

MARILENE DE OLIVEIRA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Luccy Rekito Leal Pereira  
Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 100.333-7





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<b>DADOS CADASTRAIS</b> 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 ASU: 3 - CPF da vítima: 093.033.013-74 4 - Nome completo da vítima: MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> 5 - Nome completo: MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA 6 - CPF: 7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA SANTA ISABEL, VILA NOVA CONQUISTA 7/N 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: NOVA CONQUISTA 12 - Cidade: VNISSÃO 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64120-000 15 - E-mail: fredsonalveiracavieira@hotmail.com 16 - Tel (DDDD): 86 995709659	
<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</b> 17 - Nome completo do Representante Legal: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA 18 - CPF do Representante Legal: 037.833.653.35 19 - Profissão do Representante Legal: DO LAZ	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).	
<b>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</b> <input type="checkbox"/> REUSCIO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input 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	
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <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) AGÊNCIA: 4288 CONTA: 6805 5 (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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.	
<b>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b> <input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul> 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 IMI, 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.	
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b> 23 - Estado civil da vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <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 se viveu: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 30 - Vítima deixou herdeiro(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 se viveu: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 33 - Vítima deixou pais/ausônios vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ente, ainda, de que qualquer omisão 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.	
<b>NÃO AFETARIZADO</b> 34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 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 - 1º Nome: LOURENÇO FERREIRA DE ABREU CPF: 386.671.463-68 Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: LOURENÇO FERREIRA DE ABREU CPF: 6434.281.63-54 Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): SELVO FPS.001 V002/2019	
43 - Assinatura do Procurador (se houver)	



# 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: 00000006805-5

---

Nr. da Autenticação 6367A086FA4FB344



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:43:46  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414434562800000013719920>  
Número do documento: 21020414434562800000013719920

Num. 14512814 - Pág. 10

**equatorial**  
SUSTENTABILIDADE  
ENERGIA

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Cartão de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pelo SERI 06/98

Para contato  
comercial, informe  
esse NÚMERO! → 1368132-5

CONTA MÊS <b>AGOSTO/2020</b>	VENCIMENTO <b>31/08/2020</b>	CONSUMO (kWh) <b>145</b>	TOTAL A PAGAR (R\$) <b>94,94</b>
MARILENE DE OLIVEIRA SILVA R. SANTA ISABEL, 57N - VILA NOVA CONQUISTA CPF: 00000378336533 CEP: 64120-060 - UNIÃO kWh		ROT: 260.070.11.27.539100	
Atual: 6837	Anterior: 6692	Atual: 24/08/2020	Anterior: 23/07/2020
Constante de Multiplicador: 1.000	Consumo Médio: 145	Próxima Leitura: 23/09/2020	Emissor: 23/08/2020
Consumo Faturado: 145	Código de Irregularidade: FCAM*	Apresentação: 24/08/2020	Dias de Consumo: 32
Forma de Faturamento: <b>NORMAL</b>	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		
Classe/Subclasse <b>RESID.BX.REND</b>	Ligação <b>MONO</b>	Número Medidor <b>A1463635</b>	Posto Código Post. Média 12 meses <b>1.4.1.1 88</b>
DESCRIPÇÃO DA CONTA			
HISTÓRICO kWh Mês/ano consumo	CONSUMO 30 A R\$ 0,271320 = 8,15 70 A R\$ 0,465374 = 32,61 45 A R\$ 0,698347 = 31,45 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 9,84 DIF. P/ BASE CALCULO TRIBUTOS 40,39 SUBVENCAO BAIXA RENDA 30,59- CORRECÃO MONETARIA IG 07/20-00 0,91 MULTA POR ATRASO 07/20-00 1,60 JUROS POR ATRASO 07/20-00 0,58		
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:			
159 A 0,271320 = 42,5000			
31 A 0,465374 = 14,4500			
101 A 0,698347 = 70,0000			
<b>NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM</b>			
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.			



**equatorial**  
SUSTENTABILIDADE  
ENERGIA

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Cartão de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pelo SERI 06/98

Para contato  
comercial, informe  
esse NÚMERO! → 1368132-5

CONTA MÊS <b>AGOSTO/2020</b>	VENCIMENTO <b>31/08/2020</b>	Nº da Nota Fiscal <b>42468346</b>		
		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\$) <b>94,94</b>		
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
MARILENE DE OLIVEIRA SILVA R. SANTA ISABEL, 57N - VILA NOVA CONQUISTA CPF: 00000378336533 CEP: 64120-060 - UNIÃO kWh	ROT: 260.070.11.27.539100			
Atual: 6837	Atual: 24/08/2020			
Anterior: 6692	Anterior: 23/07/2020			
Constante de Multiplicador: 1.000	Próxima Leitura: 23/09/2020			
Consumo Médio: 145	Emissor: 23/08/2020			
Consumo Faturado: 145	Apresentação: 24/08/2020			
Forma de Faturamento: NORMAL	Dias de Consumo: 32			
Código de Irregularidade: FCAM*				
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse: RESID.BX.REND	Ligaçao: MONO	Número Medidor: A1463635	Ponto: 1.4.1.1	Média 12 meses: 88
DESCRIPÇÃO DA CONTA				
HISTÓRICO kWh				
Mês/ano consumo				
JUL/20 159	CONSUMO	30 A R\$ 0,271320 = 8,15		
JUN/20 173		70 A R\$ 0,465374 = 32,61		
MAI/20 124		45 A R\$ 0,698347 = 31,45		
ABR/20 117	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	9,84		
MAR/20 62	DIF. P/ BASE CALCULO TRIBUTOS	40,39		
FEV/20 58	SUBVENCAO BAIXA RENDA	30,59-		
JAN/20 63	CORRECÇÃO MONETARIA IG 07/20-00	0,91		
DEZ/19 64	MULTA POR ATRASO 07/20-00	1,60		
NOV/19 64	JUROS POR ATRASO 07/20-00	0,58		
OUT/19 60				
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
159 A 0,271320 = 42,40				
31 A 0,465374 = 14,40				
101 A 0,698347 = 70,00				
<b>NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM</b>				
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.				





Prefeitura Municipal de União - PI  
Secretaria Municipal de Saúde  
Serviço de Atendimentos Móvel de Urgência - SAMU  
Travessa Filinto Rêgo N° 99 Centro.  
União - PI - CEP: 64120-000 - Fone: (86) 3265-2187



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 ( ) FEM IDADE: 8 anos  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: rua PZ 112 (rua do Miguel Alves) próx ao valter

#### 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	FALA
( ) Alerta	( ) Igualis	( ) Normal
( ) Responde ao Comando	( ) Desiguais	( ) Confusa
( ) Responde a Dor	( ) OUTROS	( ) Nenhuma
( ) Sem resposta		

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

SINAIS VITais	1 <sup>a</sup> Verificação	2 <sup>a</sup> Verificação
HORA:	14:47	
SATURAÇÃO	38	
P.A.	120x90	
PULSO	114	
RESPIRAÇÃO	20	
GLICEMIA	—	
TEMPERATURA	35,8	

#### OBSERVAÇÕES:

Quanca vítima de colisão (carro-moto) apresentando parada TCO durante o carro rebatido, farrapos em região toracica, com contusões e desorientada, sem bala, catapatio e rosto escurecido, sentos queimados devido ao contato com a estrada e encaminhada ao hospital. Obs: Transfere os 2 pacientes na mesma ambulância.

#### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Aspiração	( ) Imobilização de extremidades	( ) Ass. Obstétrica
(X) Oxigênio	(X) Prancha	( ) Hemostasia
( ) Reanimação Cardio-Resp	(X) Colar Cervical	( ) Curativo
( ) Ventilação Artificial	( ) KED	( ) ACHSINAL
( ) Monitorização	(X) Acesso Venoso -Solução	CONFERE COM: Kerly dos Anjos Pereira 11/05/2020 SAMU - UNIÃO
(X) Outros		

#### ENTRADA NO HOSPITAL

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

#### MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

HOSPITAL DE DESTINO: <u>HM U</u>	RECEPÇÃO DO HOSPITAL: <u>Portaria</u>	MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A): <u>Kerly dos Anjos Pereira</u>
SOCORRISTA: <u>Katia Mendes da Ponte</u>		Enfermeiro: <u>Eduardo Gomes</u>
COREN-PI: <u>001254.868-12</u>		CPR: <u>01305-4-049</u>





## HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI  
Fone (086) 3285 111 6  
CNPJ: 18.488.308/0001-93  
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

## FICHA DE ATENDIMENTO

TRGUE: SERVIDOR: *Ende* DATA: 24/05/2020 HORA: 14:45

## DADOS DO PACIENTE.

IE: *Mayra Esperanço Oliveira* SN: *Silva* DN: 04/12/11 ID: 3000 SEX:

IE DA MAE: *Monalisa da Silva* RG: CONTATO: 9042 67666

CREDO: *Vila Santa Isabel* CEP: 64100-000

ERRO: *3000* CIDADE: *união* UF: *PI*

## IA DE ENCAMINHAMENTO:

DEMANDA ESPONTANEA  CENTRO DE SAÚDE  SAMU  PM  AMBULANCIA  OUTRAS

## NOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

IVO DA PROCURA TRAUMA  CLÍNICO  PEDIATRIA

AISMO: PA: 130 SAT: 94 T: DOR: ECG: GLICEMIA: PESO: ALTURA:

## CRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

ERVAÇÕES: *Sal. 02 : 90 mmHg 58/min.  
FC: 134 - 81.*

MELHO  LARANJA  AMARELO  VERDE  AZUL

CÁRIO: ENFERMEIRO(A): CONSELHO/REGISTRO:

## HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO

*paciente politroponizado de alto risco.  
com quadro com dor-lombosciatalgias, com  
dor ao respirar. Frio do hemiparéstesia, menor, de 20% e maior, de  
50%. Peso 60kg e altura 170cm.*

EXAMES COMPLEMENTARES  LABORATORIAL  RX  US

## DIAGNÓSTICO

*União - TCE*

*CONFIRMADO  
16/05/2020  
MDS*

## RESCRIÇÃO MÉDICA

*Dipirona - 3,2 ml + AD, eu > 14.5g*

*Entomopauta - 3,2 ml + AD, eu*

*10ml de 0,9% glicose.*

## CONDUTA

INTA  ÓBITO  EVASÃO TRANSFERIDO PARA  INTERNACAO  OUTRA UNIDADE  CENTRO DE SAÚDE  
FORA/SAÍDA  URGENCIA  EMERGENCIA  NÃO URGENCIA

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

JÉDICO CRM

*Jr. Edúlio U. Lins  
MÉDICO  
CRM-PB 5265  
CPF: 000.224.103-47*

ENFERMEIRO(A)  
COREN

*Adriana Reis*





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:	<b>MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA</b>	(Prontuário: <b>545969</b> )
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
Controle:	1522473	Solicitante: ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA CLINICA PEDIATRICA - POS 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 SUBARACNOÍDE 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 PATHOLÓGICAS.
- 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

Teresa Rapad. Pereira de Souza Lapa  
Matrícula: 059234  
SAME - HUT  
Confere com original  
*[Signature]*





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente:	<b>MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA</b>	(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
Controle:	1520755	Convênio: SUS

### 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 hepatocolédo: integros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Áorta 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.
- Retropéritônio: 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.

(HELEDER FRANÇA)

TERESINA - PI 24/05/2020

#### HELEDER DO ESPIRITO SANTO FRANCA

CPF: 287.117.933-68 CRM-PI 3714  
Profissional Responsável

Teresa Ruique, Pernambuco São Luís  
Matrícula: 050234  
SME - 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: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente:	<b>MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA</b>	(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
Controle:	1520755	Solicitante: AIANA CAMILA AMANCIO DE ARAUJO MENDES Convênio: SUS

### 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 anecôxico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédo: integros.
- 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.
- Retroperitoneo: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecôxico, 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.

(HELEDER FRANÇA)

TERESINA - PI 24/05/2020

#### HELEDER DO ESPIRITO SANTO FRANCA

CPF: 287.117.933-68 CRM-PI 3714  
Profissional Responsável

Teresa Ruyan Pereira de Souza Lopes  
Matrícula: 058234  
SHME - HUT  
Concord com Original





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"

Assinado por: *[Signature]*  
Paciente: *[Signature]* Período de Socio: Lajes  
Matrícula: 059234  
SAME - HUT  
Conforme com Original



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. 18



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Urgencia de  
NEURO OK  
Cervical

### 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: CRIANCA	Documento: RG: 4734411 - SSPI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	

#### DADOS DO ATENDIMENTO:

Dígito: 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			

#### DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NAO FASIA USO DE CAPACETE. COM QUEIXA DE DOR ABDOMINAL, RELATA VONTADE DE EVACUAR, TAX: 36,5, SAT: 98 SEM APORTE DE 02 NEGA ALERGIAS, COM ESCORIACOES EM FACE E CORPO CASELUZO.		THAMYRES VIEIRA DA SILVA CORDEM 422727 Em: 24/05/2020 19:27:38

SSVV: (Hora: ____ : ____ )	Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup> Pulso: bmp 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 vómitos, além de confusão mental. anotação de trauma torácico e craniano. nega alergia medicamentosa. nega doença crônica. última refeição antes das 12h. ao exame: p estimado: 33kg. reg, ativa, reativa, hidratada, eupneica, acianótico, anicterico, corado. neuroológico: ecg 14, pifr. pele: escoriacões em nnii, msc e crânio. acp fisiológica. abdome inocente com bexiga palpável. pulsos periféricos amplos, tec 2s. hdi: politrauma	
ULTRASSONOGRAFIA REALIZADA DATA: 24/05/2020 HORA: 19:45 EXAME: US abd total MÉDICO: Dr. [Signature] CID:	
Diagnóstico Inicial: ?	
Exames Complementares: (1520752) - T.C. DE CRANIO (1520753) - T.C. DE COLUNA CERVICAL (1520754) - TORAX PA	
Prescrição Médica: PARECER NEURO PARECER CIPE PARECER ORTOP	

#### Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Infantil):	DATA: / / HORA: / /
Assinatura Paciente ou Responsável	

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



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), União. Mãe: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Leito:

Class. Risco: Emergência

**VISÃO GERAL****MUDANÇAS QUADRO CLÍNICO**

Estab. Solicitante: Hospital Dr. José da Rocha Furtado (União/PI)

Médico Solicitante: EDUARDO GARCIA CLAUDIO

Usuário Solicitante: Marcos Vinícius

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, SONOLENCIA, VÔMITOS EM JATO, LACERAÇÃO NA REGIÃO FRONTOTEMPORAL, TREMOR, EXTREMIDADES FRIAS,EP. 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 - Estab: 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 SAÚDE 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 - Estab: Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Pendente	

Tensu Raziel Pontes de Souza Lima  
 Matrícula: 0566234  
 SAMU - HUT  
 Confere com Original

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

1/2

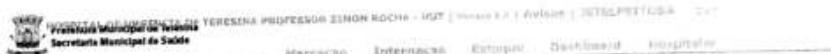


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:43:46  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414434562800000013719920>  
 Número do documento: 21020414434562800000013719920

Num. 14512814 - Pág. 20

1/05/2020

## Gestor Saúde - Fundação Municipal De Saúde De Teresina



Hospitais Internacionais Exames Consultas Hospitalares

**Solicitação de Regulação**

Todos os campos marcados com \* são obrigatórios.

ID	127097	Autorização	Situação do Paciente
Situação	A (AUTORIZADA)	EM OBSERVAÇÃO	
Tipo	2 - Avaliação clínica		
Verificação do Estab. Envio:	Aguardando	Usuário Responsável	<i>DR. JOSÉ DA ROCHA</i>
Limite para Confirmação	24/05/2020 17:00:27		
Estabelecimento Solicitante	CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR		
Estabelecimento Origem	HOSPITAL DR JOSE DA ROCHA FURTADO		
Município Origem:	UNIÃO		
Território	ENTRE RIOS		
Profissional Solicitante*	EDUARDO GARCIA CLAUDIO		
Paciente*	MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA		
Nascimento	04/12/2011 08 ano(s)	Sexo	F Cartão SUS #98093015657643
Mãe	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA Telefone		
Endereço	VILA SANTA ISABEL	Nº	Telefone 2
Bairro	ZONA RURAL	Município	UNIÃO UF PI

**Dados da Internação**

Situação	
Data de Entrada:	Hora de Entrada:
Data de alta:	Horário da alta:
Executante	Motivo da alta:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON

**Dados Clínicos**

Historia Clínica	PACIENTE POLITRAUMATIZADA, VITIMA DE COLISÃO ENTRE CARRO E MOTO APRESENTANDO TRAMA CRANIO TORÁCICO, SONOLÉNCIA, VÔMITOS EM JATO, LACERAÇÃO NA REGIÃO FRONTOTEMPORAL, TREMOR, EXTREMIDADES FRÍAS,EF: TAQUICARDIACA (FC:134 BPM), AP: MV+ DIMINUIDO NO HTD. PACIENTE PRECISA DA AVAVALAÇÃO DE IMAGEM E NCR.		
------------------	---	--	--

**Observação****Exames Solicitados**

Diagnóstico (CID)	TRAUMATISMO INTRACRANIANO NAO ESPECIFICADO		
Pressão Arterial	120	X 90	(mmHg) Saturação 89 %
Glicemia	Nível de Consciência 13		
Comorbidade	Freq. Cardíaca 134 (lpm) Uso de O2		
<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Cateter nasal		
<input type="checkbox"/> Risco de Queda			
<input type="checkbox"/> Risco de Broncoespasmo			
<input type="checkbox"/> 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 Vasoativa	Sim	* Não
Uso de Antibiótico	Sim	* Não
Outras Medicações	Sim	* Não
Descrição		
Especialidade Requerida	NEUROCIRURGIA	
Classificação de risco	4 - PROPRIADE 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 DUTRA DOS SANTOS Estabelecimento: CENTRAL DE REGULACAO DE TERESINA Situação: AUTORIZADA Tipo: AVALIAÇÃO CLÍNICA OU EXAME EM HOSPITAL		
----------------------	---	--	--

<https://fmsteresina.gestorsolucao.net.br>



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

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

Número do documento: 21020414434562800000013719920

Num. 14512814 - Pág. 21



Prefeitura Municipal de União - PI  
Secretaria Municipal de Saúde  
Serviço de Atendimentos Móvel de Urgência - SAMU  
Travessa Filinto Régo N° 99 Centro.  
União - PI - CEP: 64120.000 - Fone: (86) 3265-2187



SAMU  
192

### REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nome do Solicitante:	<i>D.º Edson dos Santos</i>				
Contato do Solicitante:	<i>81 9 9121-1222</i>				
SAÍDA DO PA:	<i>12:11</i>	CHEGADA AO LOCAL:	<i>12:12</i>	SAÍDA DO LOCAL:	<i>12:13</i>
CHEGADA AO HOSPITAL:	<i>12:14</i>	SAÍDA DO HOSPITAL:	<i>12:15</i>	CHEGADA AO PA:	<i>12:16</i>

NOME DO PACIENTE: *Edson Evangelista Sá*  
SEXO: ( ) MAS ( ) FEM IDADE: *27*  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: *Residência na localizada na Rua*

#### 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	FALA
( ) Alerta	( ) Iguais	( ) Normal
( ) Responde ao Comando	( ) Desiguais	( ) Confusa
( ) Responde a Dor	( ) OUTROS	( ) Nenhuma
( ) Sem resposta		

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

SINAIS VITais	1º Verificação	2º Verificação	OBSERVAÇÕES:
HORA:	<i>12:15</i>		<i>Residente na localizada na Rua</i>
SATURAÇÃO	<i>98</i>		<i>Alerta, com desmaio</i>
P.A.	<i>120x80</i>		<i>Coração forte e regular</i>
PULSO	<i>60</i>		<i>Coração regular, de intensidade</i>
RESPIRAÇÃO	<i>20</i>		<i>Respiração regular, de intensidade</i>
GLICEMIA			
TEMPERATURA	<i>36,6</i>		

#### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

#### ENTRADA NO HOSPITAL

( ) Melhorando	( ) Severa Gravidade	( ) Indeterminado
( ) Piorando	( ) Média Gravidade	( ) Óbito antes do Socorro
( ) Inalterado	( ) Pequena Gravidade	( ) Óbito no transporte
( ) Coma	( ) Ileso	<i>Residente na localizada na Rua</i>

#### MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

HOSPITAL DE DESTINO: *HUT*

SOCORRISTA: *Katia Matos da Costa*  
COREMEP: *001254.063-TE*

RECEPÇÃO DO HOSPITAL:

MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A)

*Residente na localizada na Rua  
Matos da Costa no bairro  
Santana - HUT  
Comprovado original*



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIN)

315523

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA</b>	6 - Frontuário: <b>545969</b>		
7-CNS: <b>898003015657641</b>	8-Nascimento: <b>04/12/2011</b>	9-Sexo: <b>Feminino</b>	RG: <b>4734411 - SSPI</b>
11-Mae: <b>MARILENE DE OLIVEIRA SILVA</b>			12-Fone: <b>86-99419-4088</b>
13-Resspi: <b>MARIA GABRIELA</b>			14-Cor: <b>Parda</b>
Endere: <b>RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - CEP: 76924-000</b>	17-Cod.IBGE: <b>110143</b>	18-UF: <b>MA</b>	19-CEP: <b>76924-000</b>
5-Munic: <b>NOVA UNIAO</b>			

## 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
---

1 - Diagnóstico Inicial: 1 - Outros traumatismos intracranianos	24-CID Princ: <b>S068</b>	25-CID Secu: _____	26-CID Classe: <b>7</b>
--	---------------------------	--------------------	-------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
28-Cod.Proced.: <b>27-Procedimento Solicitado: 0303040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)</b>			Tempo: <b>7</b>
29-Clinicas: <b>02 01</b>	30-Caráter: <b>Ident.: 01-Docum. CPF 010.364.633-70</b>	31-Docum. Méd. Eolic.: <b>010.364.633-70</b>	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA</b>		34-Data Solicitação: <b>24/05/2020</b>	
			35-Ara. Carimbo Med. Sol. (CRH):

36-1) <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	39-CHPQ Seguradora:	40-Mo.Bilhete:	41-Série:
37-1) <input checked="" type="checkbox"/> Acidente Trabalho Tipico	42-CHPQ Empres:	43-CDAE Empresa:	44-CBOP:
38-1) <input checked="" type="checkbox"/> Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:  1) Empregado    2) Empregador    3) Autônomo    4) Desempregado    5) Aposentado    6) Não Segurado
--

AUTORIZAÇÃO			
46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização:		
48-Documento: <b>ICNS</b>	49-Num. Documento: <b>TOMA RAPIDAMENTE Matriculas: 0303040092 SAME + HUT SAM + HUT Original</b>	50-Ass.Carimbo (Rg. Conselho): <b>Conselho de Medicina do Piauí</b>	51-Uso/Util (Y/U/L): <b>Uso/Util</b>
ICPF			



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

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> CENTRAL ESTADUAL DE REGULACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR.	<b>CNES</b> 7569963
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828856

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898803015657641	MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA		04/12/2011	F	545969
<b>DOCUMENTO CPF</b>	<b>TELEFONE</b>		<b>RESPONSÁVEL</b>		
	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA		MARIA GABRIELA		
<b>CEP</b>	<b>ENDERECO - LOGRADOURO</b>		<b>NUMERO / LOTE</b>		
64120-009	VILA SANTA ISABEL				
<b>BAIRRO</b>	<b>COMPLEMENTO</b>		<b>MUNICÍPIO</b>	<b>UF</b>	
ZONA RURAL			UNIAO	PI	

**LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

TCE

**CONDICÕES 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	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
5068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS		

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRÍPCAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU MÉDIO

<b>LEITO/CLÍNICA</b> NEUROCIRURGIA	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b>
<b>CARATER</b> URGÊNCIA	ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA CRM: 01038463370
<b>DATA ADMISSAO</b> 24/05/2020 19:17	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 24/05/2020
<b>MOTIVO ALTA</b> ALTA MELHORADO	

**CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)**

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

**AUTORIZAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO**

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b>  JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 01834812341 CRM:	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b>  DATA ANÁLISE: 24/05/2020 21:27:43 CRM: DATA ANÁLISE:
---	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

*Elton Portela Santos Bezerra  
Matrikula: 059234  
SIME + HUT  
Confere com Original*

about:blank

1/





## HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Guto Tito 1820 Residencial - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 60117-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

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

Atendimento:	Promotor/ Paciente:	Dt. Nasc./Id.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
263743	545969 MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA	04/12/2011 Baixa20d	CLINICA PEDIATRICA - POS	KINETASIA 203	LEITO 25	KASSIO ALMEIDA RODRIGUES
Evolução:	<b>RESC.</b> TC controle enteral		Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades:		
Horas:				POLIULTRAMHA + FX DE CHÁULIO		
Descrição-apresentação/observação:						
Sed.:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons: Dil. Vol.:
Dieta:	ORAL Tipo LIVRE ,					Horário:
						RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
1	ORDANSEURON 2MG/ML , DILUIT 100 MIL. 50% , EV DE 8/88 EM CASO DE NAUSEAS OU VOMITOS	1,00	Ampola	EV	SN	
2	TIRAS-TESTE PARA GLICOSE NO SANGUE (ON CALL PLUS)	2,00	Envoltorio	Subcutânea	12/12h	
3	GLICEMIA CAPTAR 12/12h					
	DIPTERONA 50MG/ML SOL. ORAL GOTAS FARER 20 GOTAS VO EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Frasco	Oral	SN	

Observações Gerais,  
Suspensões e Alterações:  
ACESSO VENOSO SALINIZADO  
CABECETA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA MOTORA + RESPIRATORIA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

TC a fratura lumbar envolvimento  
confuso frontal dinâmico

Aller -

oriento consultar cirurgião  
ambulatório matutino

Dra. Rosângela Pecoraro de Souza Lopes  
Matrícula: 0569234  
SAME - HUT





## EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME: maria Esperança Oliveira oliveira		Nº PRONTUÁRIO: 545969
CLÍNICA Emergência PED	ENFERMARIA	LEITO 02
DATA 25/05/2020	# Politrauma + lesão da clavícula + XEP . paciente vítima de acidente moto x carro contou 7:30h por volta de 12 h , com relato de perda de 8 anos continua a vomitar . segue com náuseas epigástricas de vomitar às 21 h . Apertado pressorando . dor dor em região fronto - parietal € . dor pre- sentes .	
Exames :		
ATax : 37,6 °C . APAS : 110 - 122 mmHg . Sat O <sub>2</sub> : 96 - 100% . APAP : 61 - 83 mmHg .		
Ao exame :		
Somente , queixa , supina seu aperto de O <sub>2</sub> , náuseas .		
AC: RR, ST, BNF, SS. FC: 110 bpm . AP: Nv P, Sua RA. Sat O <sub>2</sub> : 100%.		
Abdomen: pleno . Flexível , R&A P , turbidez à palpiação - sem invasões em moço E e MID e HIE . Ausência de dígitos reumáticos fracos . tem FO em região fronto parietal € (aprendimento local ?).		
Ex: Livre para enfermaria . Observações medicina		
Transf. Rapida Ponto de Saída Ligeira Matrícula 556234 SAMER/PAUT Confere com Origem		
10/05/2021 14:43:46 Dr. Soares Coutinho Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:43:46 http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414434562800000013719920 Número do documento: 21020414434562800000013719920		

MOD. 002 - HUT





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERE

ZENON ROCHA

PRESCRIÇÃO  
MÉDICA

P. 45: 33/68

**EMS**  
Municipal  
de Saúde

Fundação Municipal  
de Saúde

MÉDICO/CRM:

Teresi Rosângela Penteado da Silveira Lopes  
Matrícula: 050234  
SAME - HUT  
Confira com Original



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 11:43:46

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:43:46  
[http://tiny.pic.jus.br:80/1/g/Processo/ConsultaDocumentos/list?view=zoom&item\\_id=21020114134562800000001271920](http://tiny.pic.jus.br:80/1/g/Processo/ConsultaDocumentos/list?view=zoom&item_id=21020114134562800000001271920)

<http://tjpl.pje.us.br:80/lgi/Processo/ConsultaDocumento/listView>  
Número de documentos: 21020414424562800000012310020

Num. 14512814 Pág. 27



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

Imp: 24/05/2020 19:16:30  
IATIANA CANISA

### FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

#### DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA		Prontuário: 545969
Mãe:	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	Paiz: 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
Responsável:	MARIA GABRIELA	Sexo: Feminino
Profissão:	CRIANCA	Fone: 86-99419-4088
G. Instrução:	Não informado	CNS: 898003015657641
End. Local.:	Documentos: RG: 4734411 - SSPI	
	E.Civil: Solteiro(a)	

#### 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 S

#### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 24/5/2020 20:00h	ESPECIALISTA: N.C.A.
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TCC	
TCC TC Trans. F+ Aggravada + IAG 2), desacordo avés de desf. de alvo- Mdm CO, Intox	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 24/05/2020 20:00h	Sentenciador
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

#### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 23/05/20 22:00	ESPECIALISTA: Cirurgia Pediátrica
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Politrauma	
TCC Maternidade HUT Consulta com Ortoped Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 23/05/20 22:00	
A) UVA perna com CC e 2m PR B) MUVA com RA, espuma em AA, C) BNF, RCR, coluna, hemodinâm. D) Gangren 14, desorientada, sonolenta, sem reflexos neuromotoros, E) Pérola estauv; abdome no centro	
C1: Sem proposta cirúrgica Sutura Alta cirúrgica	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

Avantagoso: Dr. Adilson





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820, Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 09.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente:	<b>MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA</b>	(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: URGENCIA/EMERG
Requisição:	1096818	Solicitação: 24/05/2020
Controle:	1520752	Convênio: SUS

### 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 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.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2020

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591  
Profissional Responsável

Teresi Marinho Viana Borges  
Matrícula: 059234  
SAME - HUT  
Conferido 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: URGENCIA/EMERG Atendimento: 780024  
Requisição: 1096618 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 INTEGROS.
- 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 Raquel Andrade de Souza Lopes  
Matrícula: 058234  
SAME - HUT  
Concordo 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: 8a5m21d Sexo: Feminino Origem: URGENCIA/EMERG Atendimento: 780024  
Requisição: 1096819 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: AIANA CAMILA AMANCIO DE ARAUJO MENDES  
Controle: 1520754 Convênio: SUS

### 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 COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATOMÍCAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATOMÍCO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

TERESINA - PI 25/05/2020

(LUIZ CEZAR)

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Ruyan - Prof. de Saúde Pública  
Matrícula: 059234  
SAME - HUT  
Confere com Original



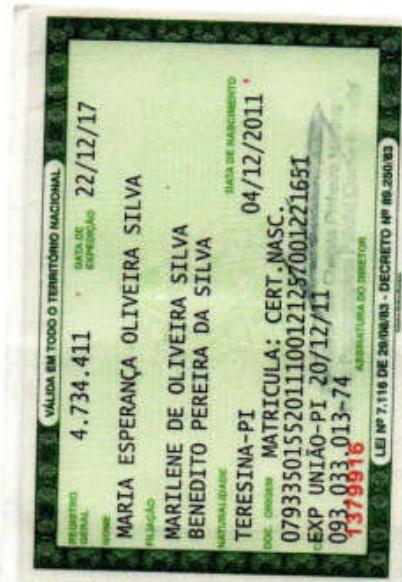


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:43:46

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

Número do documento: 21020414434562800000013719920

Num. 14512814 - Pág. 32



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. 33



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

Núm. 14512814 - Pág. 34

## 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 DIAGNÓSTICO, 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





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. 36



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. 37

## 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 DIAGNÓSTICO, 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



## 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 DIAGNÓSTICO, 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



## 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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

