

---

**Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200343393**

**Vítima: MARILENE DE 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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200343393

Vítima: MARILENE DE 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **MARILENE DE OLIVEIRA SILVA**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221204 (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 <b>0373365333</b>	Nome completo da vítima <b>MARILENE DE OLIVEIRA SILVA</b>
---------------------------	------------------------------------	--

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

Nome completo <b>MARILENE DE OLIVEIRA SILVA</b>	CPF titular da conta <b>0373365333</b>	Profissão <b>DO LAR</b>
Endereço <b>RUA SANTA ISABEL, VILA NOVA CONQUISTA</b>	Número <b>514</b>	Complemento
Bairro <b>VILA NOVA CONQUISTA</b>	Cidade <b>VNSÃO</b>	Estado <b>PI</b>
Email <b>fredsonoliveiravieira@hotmail.com</b>	CEP <b>64120-000</b>	Telefone (DDD) <b>86 995709659</b>

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

Vnsão, 21 de Setembro de 2020  
Local e Data

*marilenedeoliveira*  
\_\_\_\_\_  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário  
SILVA

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**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

SAIDA 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: 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: 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 QUALIFICADO ACIMA COMO VITIMA TAMBÉM, AO PARAR NO CRUZAMENTO DA PI, LOCAL, PARA VER SE VINHA ALGUM VEICULO PARA SEGUIR SEU DESTINO, FOI COLHIDA EM SUA MOTOCICLETA, POR UM VEICULO 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 QUEBRANDO O GRÂNIO, E O REFERIDO VEICULO NÃO PRESTANDO SOCORRO AS VITIMAS, EVADINDO-SE DO LOCAL, SENDO QUE TERCEIROS PASSAVAM PELO LOCAL, E VENDO O ACIDENTE CHAMARAM A AMBULANCIA DO SAMU, DO HOSPITAL JOSÉ DA ROCHA FURTADO, E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL LOCAL, E TRANSFERIDO DE IMEDIATO A MÃE E



**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

  
Lacey Nelly Leal Paredão  
Delegada Geral de Polícia Civil-PI  
Mat.: 116.333-7



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 037833653-33 4 - Nome completo da vítima: MARILENE DE 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: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA S/N 6 - CPF: 037 833 653-33  
7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: RUA SANTA ISABEL, VILA NOVA CONQUISTA 9 - Número: S/N 10 - Complemento:  
11 - Bairro: 12 - Cidade: UNIAO 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64120000  
15 - E-mail: fredsonoliveira@hotmil.com 16 - Tel. (DDD): 86 995709659

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:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Comente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 4288 CONTA: 6805 (informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO:   
AGÊNCIA: CONTA: (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

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

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

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 Lider 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: ☒ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascido(s)?): ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem o 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não relacionado  
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: REGINALDO PEREIRA DE SOUSA CPF: 643428163-39 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 13/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000006805-5

---

Nr. da Autenticação 3A8CA9ED574CEAD3



**equatorial**  
ENERGIA

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Cartão de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato  
conosco, 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.

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: 260.070.15.27.539100

Atual:	6837	Atual:	24/03/2020
Anterior:	6692	Anterior:	23/07/2020
Constante de Multiplicador:	1,000	Próxima Leitura:	23/09/2020
Consumo Medido:	145	Emissão:	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				
Classif/Subclassif	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.
		A1463635		1.4.1.1
				Média 12 meses

RESID. BX. RENDA

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 100 - 0,271320  
101 A 145 - 0,698347

DESCRIÇÃO DA CONTA		
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
CORRECAO MONETARIA IG 07/20-00		0,91
MULTA POR ATRASO 07/20-00		1,60
JUROS POR ATRASO 07/20-00		0,58

**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:	Raul		
Contato do Solicitante:			
SAIDA DO PA:	13:50	CHEGADA AO LOCAL:	14:05
		SAIDA DO LOCAL:	14:24
CHEGADA AO HOSPITAL:	14:57	SAIDA DO HOSPITAL:	15:20
		CHEGADA AO PA:	15:23

NOME DO PACIENTE: Marilene de Oliveira Silva

SEXO: ( ) MAS (x) FEM IDADE: 34 a

LOCAL DA OCORRÊNCIA: PZ 552 (monte de Miguel Alas) próximo vóltez

## TIPO DE OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Moto
<input type="checkbox"/> Choque Elétrico	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Acidente de Carro
<input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Mal Súbito
<input type="checkbox"/> Urgência Pediátrica	<input type="checkbox"/> Já Removido	<input type="checkbox"/> Falso Chamado
<input type="checkbox"/> Ferimento Arma Branca <input type="checkbox"/> Fogo	<input type="checkbox"/> transferência hospitalar	<input type="checkbox"/> Queimadura
<input type="checkbox"/> Atrópeamento	<input type="checkbox"/> Urgem. Clínica:	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PUPILAS	ALA
<input checked="" type="checkbox"/> Alerta	<input checked="" type="checkbox"/> Iguais	<input checked="" type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Responde ao Comando	<input type="checkbox"/> Desiguais	<input type="checkbox"/> Confusa
<input type="checkbox"/> Responde a Dor	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> Nenhuma
<input type="checkbox"/> Sem resposta		

PULSO RADIAL:	<input checked="" type="checkbox"/> FORTE	<input type="checkbox"/> FRACO	<input type="checkbox"/> LEVE	<input type="checkbox"/> MODERADO	<input type="checkbox"/> AUSENTE
---------------	---	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

SINAIS VITAIS	1ª Verificação	2ª Verificação
HORA:	14:30	
SATURAÇÃO	98	
P.A	130x80	
PULSO	135	
RESPIRAÇÃO	20	
GLICEMIA	151	
TEMPERATURA	36	

OBSERVAÇÕES:

Paciente vítima de acidente de moto (colisão moto x carro), com fratura orientada, apresentando fratura exposta em MTD (tibia), apresentando-se de 2ª - 3ª de ferimentos, realizando primeiro de triagem e curativo com compresso e aceno venoso com solução fisiológica 0,9%.

#### PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Reanimação Cardio-Resp. <input type="checkbox"/> Ventilação Artificial <input type="checkbox"/> Monitorização <input checked="" type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Prancha <input checked="" type="checkbox"/> Colar Cervical <input type="checkbox"/> KED <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso - Solução fisiológica 0,9%.	<input type="checkbox"/> Ass. Obstétrica <input checked="" type="checkbox"/> Hemostasia <input checked="" type="checkbox"/> Curativo
---	---	--

## ENTRADA NO HOSPITAL

<input type="checkbox"/> Melhorando	<input type="checkbox"/> Severa Gravidade	<input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Piorando	<input type="checkbox"/> Média Gravidade	<input type="checkbox"/> Óbito em 24 horas
<input checked="" type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Pequena Gravidade	<input type="checkbox"/> Óbito em 48 horas
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Ileso	<input type="checkbox"/> Óbito em 72 horas

#### MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

HOSPITAL DE DESTINO: MMU

**SOCORRISTA:**

~~Katia Maciel du Ponte~~  
COREN-PI nº 1254.868 - TE

RECEPCÃO DO HOSPITAL:

MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A)

Enfermeiro *[assinatura]*  
Carmen - PT 500 *[assinatura]*



RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI  
Fone (085) 3265 111 - 6  
CNPJ: 18.088.308/0001-03  
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

### FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: \_\_\_\_\_ SERVIDOR: Leite DATA: 24/05/2020 HORA: 14:40

#### DADOS DO PACIENTE.

NOME: Marcelina de Oliveira Silva DN: 14/11/65 ID: 39062 SEXO: F

NOME DA MÃE: Wendy dos milagres Silva Oliveira

RG: 2729679 CONTATO: 987666

ENDEREÇO: Vila Santa Isabel CEP: 6412000

MUNICÍPIO: Zona Rural CIDADE: Timão UF: PI

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☐ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☒ SAMU ☐ PM ☐ AMBULÂNCIA ☐ OUTRO:

#### ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

TIPO DA PROCURA: TRAUMA ☒ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA ☐

VITAMINIC: ☐ PA: 50/80 SAT. O<sub>2</sub>: 98 T: \_\_\_\_\_ DOR: \_\_\_\_\_ ECG: \_\_\_\_\_ GLICEMIA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_

SCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

ORÁRIO: \_\_\_\_\_ ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_ CONSELHO/REGISTRO: \_\_\_\_\_

#### HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO

Acumula umoto X caro, Fratura exposta no  
osso da direita.

EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☒ RX ☐ US

DIAGNÓSTICO

Rx da perna direita.

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 16/09/2020

Assinatura

ANTONIO R. VIANA DA SILVA

#### PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Teomal - 1 amp + SF 0,9% 100ml

2. Dexametasona - 1 amp + AD, eu

Paciente agitada.

CONDIÇÃO

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

HORA/SAÍDA: \_\_\_\_\_ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

EDICO/CRM: \_\_\_\_\_ ENFERMEIRO(A)/COREN: \_\_\_\_\_ PACIENTE: \_\_\_\_\_

MÉDICO CRM: RCF 229

ENFERMEIRO(A) COREN: \_\_\_\_\_

Assinatura



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

NOME DO PACIENTE: Marielene de Oliveira Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 545970

**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"

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 059234  
SAME - HUT  
Confere com Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 6100  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.422.117/0001-00

UK  
Det. Paulo

# BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>MARILENE DE OLIVEIRA SILVA</b>		Prontuário: <b>545970</b>
Mãe: <b>MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA</b>	Pai: <b>FRANCISCO MIRANDA OLIVEIRA</b>	
End. Resid.: <b>RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - UNIAO - PI - CEP: 64120-000</b>		
Nascimento: <b>14/11/1985</b>	Idade: <b>34a6m10d</b>	Sexo: <b>Feminino</b>
Responsável: <b>ANA REGINA</b>	CNS: <b>706001863568445</b>	Fone: <b>86-99426-7666</b>
Profissão:	Documento: <b>RG: 2729679 - PI</b>	
G. Instrução: <b>Não informado</b>	E. Civil: <b>Solteiro(a)</b>	

DA DO ATENDIMENTO:

Código: <b>780025</b>	Entrada: <b>24/05/2020 19:23:11</b>	Convênio: <b>S U S</b>	Proced: <b>0301040029</b>
Motivo da Procura <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>			
(Conforme Paciente/Acomp):			
Condução: <b>AMBULANCIA DO SAMU</b>			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Canal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
<b>QUEIXAS</b>	<b>Dor moderada</b>	<b>Amarelo</b>
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE, COM QUEIXA DE DOR EM MID, RELATA HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA, NEGA ALERGIAS.		TRAMAYRES VIEIRA DA SILVA COREN 422707 Em: 24/05/2020 19:30:09

SSV: (Hora: : )				
Peso: <b>0,00 Kg</b>	Altura: <b>0,00 M</b>	IMC: <b>0,00 Kg/m2</b>	Pulso: <b>bep</b>	Pressão: <b>mmHg</b>
<b>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</b>				
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM USO DE CAPACETE (ATINGIDO POR COLISÃO FRONTAL POR AUTOMÓVEL), HÁ APROXIMADAMENTE 3 HORAS. TRAZIDO PELO SAMU COM PRANCHA E COLAR. ENCAMINHADA DE PRIMEIROS ATENDIMENTOS EM HOSPITAL DE UNIAO. REFERE DOR EM MID, COM FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA???. REFERE SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. NEGA OUTRAS QUEIXAS				
A: VIAS AÉREAS PERVIAS, CERVICAL ESTÁVEL E INDOLOR À PALPAÇÃO;				
B: BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, BOA SPO2, MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS;				
C: SEM GRANDES SANGRAMENTOS, PULSO PERIFÉRICO CHEIO, BNF EM 2T, S/ SOPROS, FELVE ESTÁVEL, ABDOME FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL E SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS;				
D: PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, GLASGOW 4+5+6 (OU DIZER QUE A AVALIAÇÃO DO GLASGOW TA				
Diagnóstico Inicial:				CID:

<b>Exames Complementares:</b>	<b>TOMOGRAFIA REALIZADA</b>
(1520768) - T.C. DE CRÂNIO	DATA: <b>24/05/2020</b>
(1520769) - TORAX PA E PERFIL	E: <b>CHUTE</b>
(1520770) - PERNAS DIREITA	TECNICISTA: <b>[Assinatura]</b>

<b>Prescrição Médica:</b>	<b>Término Rapid. Pereira de Sousa Lopes</b>
1) SF 0,9% 1000ML, ACN.	Matrícula: <b>058234</b>
2) DIFIRONA 500MG/ML-1AMP+AD, AGORA	SAME: <b>HUT</b>
3) TILATIL 20MG- 1AMP+ AD, AGORA	Contém: <b>com Original</b>

<b>Motivo da Alta/Encerramento:</b>	<b>DATA:</b> / / <b>HORA:</b> :
Observação (Adulto):	

CARLOS ALBERTO ROSADO DA SILVA FILHO

24/05/2020

H7dra - Regulação SUS

SOLICITAÇÃO: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA - 202005241178144  
STATUS: ENCERRADA

## Informações Gerais

Paciente: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA - 898002734740976 - 14/11/1985 (34 anos), União, Mãe: MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA

Leito:

Class. Risco: Emergência

## VISÃO GERAL

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

Médico Solicitante: EDUARDO GARCIA CLAUDINO

Usuário Solicitante: Marcos Vinicius

Senha: 202005241178144

Observação Solicitante: Arlene da Silva Fontenele em 24/05/2020 17:11

Observação Executante:

Caráter: Urgência

Tipo de Leito: Neurocirurgia

CIDs: Traumatismo intracraniano, não especificado Fratura da diáfise da tíbia

Procedimentos:

Descrição Clínica: PACIENTE POLITRAUMATIZADO, VITIMA DE COLISÃO ENTRE CARRO E MOTO, APRESENTANDO TRAUMA CRANIANO, FRATURA EXPOSTA NA TÍBIA DIREITA, NÁUSEAS, VÔMITOS EM JATOS E LACERAÇÃO NA REGIÃO TEMPORAL. EP: AC TAQUICÁRDICA, RCRZT; AP: MV+ SEM RA., ABDOME INOCENTE. GLASGOW 15. Visualizar mudanças (/internacoes/178144/mudanca)

Protocolo de Atendimento: Pressão Sistólica: 130  
Pressão Diastólica: 80  
Saturação (%): 99  
Frequência Cardíaca (bpm): 136  
Frequência Respiratória (rpm): 20  
Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 15  
Assistência Ventilatória: cateter\_nasal

Observações:

Anexos: IMG\_0706.jpg (/arquivos/71865/download)

## MUDANÇAS QUADRO CLÍNICO

## Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
24/05/2020 17:11	Arlene da Silva Fontenele - Estab. Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Encerrada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento Solicitante
24/05/2020 16:57	Sara Crystina Araujo - Operador Internação - SESAPI	Encerrada	Regulado Via Central de Regulação Municipal de Teresina - HUT- 127098/1042792062
24/05/2020 15:52	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 15:41	Arlene da Silva Fontenele - Estab. Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Pendente	

Tenente Ruyal Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 059234  
SABE - HUT  
Conferido com Original





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 315545
	AIH: 2220100326433

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 706001863568445	NOME DO PACIENTE MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	NASCIMENTO 14/11/1985	SEXO F	PRONTUÁRIO 545970
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA	RESPONSÁVEL ANA REGINA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA TOFOGRAFO SOLIMAR AVELINO			NUMERO / LOTE 5081
BAIRRO BUENOS AIRES	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO UNIAO	UF PI	

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
DOR, DEFORMIDADE E FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)  
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050302 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA		
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) AVRANA SOARES AIRES CPF: 66974267304 CRM:	
CARATER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 24/05/2020	
DATA ADMISSÃO 24/05/2020 19:23	DATA ALTA 25/05/2020 09:00	MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO

#### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

#### AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ROSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 03034832167 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 25/05/2020 01:22:52 CPF: CRM: DATA ANÁLISE:
---	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

*Terese Rosal Pereira de Sousa Lopes*  
Matrícula: 0560234  
SAMB-HUT  
Conferir com Original



<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="font-size: 0.8em;"> </div> <div style="text-align: center;"> <b>SERVIÇO DE ANESTESIA</b>  <b>RELATÓRIO DE OPERAÇÃO</b>  <b>centro cirúrgico</b> </div> </div>			
Nome do Paciente <b>Moulene de Oliveira</b>			
Diagnóstico pré-operatório <b>Ext de fíbula</b>			
Operação - Tipo <b>Osteomielite</b>			
Cirurgião <b>Ayres</b>		1º Assinante	
2º Assinante		3º Assinante	
Instrumentador(a)		Anestesista	
Anestésico(a)			
Data da Operação		Início	
Diagnóstico Pós-operatório		Fim	
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b> <b>(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</b>			
<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Paciente em ORTA sob anestesia</li> <li>2) Anestesia</li> <li>3) Limpeza</li> <li>4) Ampliação de acesso / Irrigação de PO d 80,9;</li> <li>5) Colocação de placa</li> <li>6) Sutura</li> <li>7) Curativo</li> </ol> </div> <div style="flex: 1; text-align: right; padding-top: 20px;">   <b>DR. ALEXANDRE CARLOS</b>  <b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>  <b>Cirurgia da Coluna Vertebral</b>  <b>CAM-111746 - TEST 13487</b> </div> </div>			
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-10deg);"> <b>Terceira Assinatura: Assinatura de São José</b>  <b>Matrícula: 000234</b>  <b>Nome: HUT</b>  <b>Conferir com Original</b> </div> </div>			

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor, 3ª via - Processo de pagamento.



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
DE PROCEDIMENTO 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: <b>263746</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES: <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome:	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA			6 - Prontuário:	545970		
7-CNS:	706001863568445	8-Nascimento:	14/11/1985	9-Sexo:	Feminino	RG:	2729679- PI-Exp:
11-Mãe:	MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA			12-Fone:	86-99426-7666		
13-Resp:	ANA REGINA			14-Fone:	86-99426-7666		
15-Endere:	RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - CEP: 64120-000						
16-Munic:	UNIAO	17-Cod IRGE:	221110	18-UF:	PI	19-CEP:	64120-000

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050500</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702030902</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)</b>	Quant. Soli- cidada: <b>1</b>
Fornecedor da OFM: <b>SPINE</b>		

38-Profissional Responsável: <b>AYRANA SOARES AIRES</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	 <b>Dr. Ayrana Soares Aires</b> Osteopediatra/Tratamento Integrativo (CRM) CRM 13.3765 / CRM 14.9545
39-Data Solicitação: <b>24/05/2020</b>	40-No. Doc. Méd. Solic.: <b>669.742.673-04</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Fixar de gesso de fibra*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da "NÃO" autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(SOLIMAR BRITO)

Teresina Hospital de Urgência de Santa Luzia  
Matrícula: 059234  
SAME - HUT  
Conferir com Original



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS  
Fundação Municipal  
de Saúde

Fis Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/05/2020

NOME DO PACIENTE: <u>Maílson da Oliveira Silva</u>	ATUÁRIO Nº: <u>545970</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: <u>Proctotomia de proct. c</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Ricardo</u>	CPF Nº _____
AUXILIAR: <u>Residente</u>	CPF Nº _____
ANESTESIA: <u>Marcelle Gomes</u>	CPF Nº _____
INSTRUMENTADORA: <u>Rijane</u>	CPF Nº _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI n.24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	130	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	03	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	08	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	<p>OCORRÊNCIA " 05 Eletrodos Escovos pl. digerm. " 03</p> <p>Teresa Raposo Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SANE - HUT Confere com Original</p>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	"	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1.0	"	01		CIRCULANTE: <u>Valdivino</u>			
PROLENO							





# FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE				Nº DE REGISTRO		
Mariana de Oliveira Silva						
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
24/05/2016	120 x 65	135				
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOIS URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA CIRCULATORIO				ASMA		
SISTEMA RESPIRATORIO				BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINARIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO				ATARAXICOS		
PRE-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				OUTROS		
23:10				FÍSICOS		
APLICADO AS				EFEITOS		
TOTAL DE DOSES						
AGENTES ANESTESICOS	OXIGÊNIO				① Chave de	
1	1				② Identificação	
2	2				③ Monitorização	
3	3				④ Ventilação mecânica	
LÍQUIDOS	SO-LITO 500				em MSE	
	SANGUE 400				⑤ Respi L24	
	OUTROS 100				Solução 25 G	
TEMPERATURA	C°				SEQUÊNCIA	
T	38				1 Medicação	
P. ARTERIAL	200				2 LCH cloro	
V O	180				3	
PULSO	160				4	
INÍCIO E FIM ANESTESIA	140				5	
X	120				6	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	100				7	
RESPIRAÇÃO	80				8	
O	60				9	
	40				10	
	20				11	
	10				12	
SÍMBOLOS				DURAÇÃO 10 m		
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE		
Mantida				① Depressão 2g		
OPERAÇÕES				② Paroxismo 40mg		
CIRURGIÕES				Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes		
ANESTESISTAS				Matrícula: 059234		
				SAME HUT		
				Confere Original		
				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
PARITICULARIDADES						



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otilio Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64013-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 117024 - Em: (25/05/2020)**

**Diagnóstico/Comorbidades:**

**Alergias:**

**RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:**

Atendimento		Paciente:	14/11/1985		RECUPERAÇÃO POR ANESTESIA		ENFERMAGEM 001		LEITO 003		GIORGIO CRISTIANE ALVES DO		
243746		545970	MARTINE DE OLIVEIRA SILVA		3464104								
Evolução:		Alergias:										Diagnóstico/Comorbidades:	
Hora:													
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:				Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Reação:	Dil. Vol.:	Horarios:		
Dieta												RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	
1	CEFAZOLINA SÓDICA 1g, PO B/SOL. INJ.				1,00	Frasco-	EV	6/8h	AD				
2	DIPYROMA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.				1,00	Ampola	EV	6/8h	AD				
3	TRAMADOL 100MG/2ML INJETAVEL				1,00	Ampola	EV	12/12h	SF 0,5%				
4	BROMOPRITA 5MG/ML, INJ. 2ML.				1,00	Ampola	EV	8/8h					

Observações Gerais:  
JELCO SATINIZADO  
CURATIVO DIABICO  
CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
Teresa Regina Lima de Sousa Lima  
Médica - HUT  
CRM 2234  
Contador, Com Original

Dr. Giorgio Cristiane  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 3415 / EOT 10029

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	Miguel A. da Silva		IDADE	34 anos	DATA	25/05/2020
HORÁRIO DE ADMISSÃO	29 h 30 min	TIPO DE ANESTESIA	( ) GERAL (X) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO			
CIRURGIA REALIZADA	Fim de vida E1				CIRURGIÃO	
SINAIS VITAIS	HORÁRIO					
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	ADMISSÃO				SAÍDA	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	100 / 45		100 / 64 99 / 73		128 / 62 120 / 65	
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	97		99 90		97 98	
TEMPERATURA AXILAR (°C)	38		38.1 39		38.1 38.4	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)						
NOME/MATRÍCULA	Olema		me		me me	
ÍNDICE DE ALDREITEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
Movimenta os quatro membros	2	2	2	2	2	2
Movimenta dois membros	1	1	1	1	1	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sem auxílio	0	0	0	0	0	0
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	2	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1	1
Tem apnéia	0	0	0	0	0	0
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	1	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0	0
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	2	2
Desperta se solicitado	1	1	1	1	1	1
Não responde	0	0	0	0	0	0
É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2	2	2
Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	1	1
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suprimento de O <sub>2</sub>	0	0	0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	TOTAL		09		10	
ESCALA DE DOR ALTA	ASS.		me		me	
SONDA VESICAL	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORÁCICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG( ) NASOE	
ha mL	ha mL	ha mL	ha mL	ha mL		
ha mL	ha mL	ha mL	ha mL	ha mL		
VOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:						
02:30 paciente chegou na SRPA com POE de 1to cirurgião para perfusão em tubos O <sub>2</sub> suplementados a seguir com ventos expressos, respitando ao nível 98% sat. Foi tomada satura limpa sem necessidade.						
02:00 liberado para R e posto de me						
Dr. Henrique Rocha Médico Anestesiologista CRM-PI: 4507 RQE: 2811						
CAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]						
ISTO: [ ] [ ] [ ] [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] [ ] JOUEIM CLÍNICA: [ ] PED [ ] TORT [ ] INEL [ ] ICIR [ ] IMED						





**FMS**  
Fundação Municipal  
de Saúde

[illegible]

MOD: 007 - HUT

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 96 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MARILENE DE OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545970)  
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - UNIAO - PI CEP: 64120-000  
Nascimento: 14/11/1985 Idade: 34a5m10d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780025  
Requisição: 1096824 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: CARLOS ALBERTO ROSADO DA SILVA FILHO  
Controle: 1520768 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:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2020

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591  
Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
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: **MARILENE DE OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545970)  
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - UNIAO - PI CEP: 64120-000  
Nascimento: 14/11/1985 Idade: 34a6m11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780025  
Requisição: 1096825 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: CARLOS ALBERTO ROSADO DA SILVA FILHO  
Controle: 1520769 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 24/05/2020

**TORAX PA E PERFIL**

O estudo radiológico do tórax foi realizado nas incidências em PA/PERFIL.  
Os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 25/05/2020

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável

Teresina Piauí, 25/05/2020  
Matrícula: 059234  
SAME - HUT  
Conferir 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: **MARILENE DE OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545970)  
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - UNIAO - PI CEP: 64120-000  
Nascimento: 14/11/1985 Idade: 34a6m11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780025  
Requisição: 1096825 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: CARLOS ALBERTO ROSADO DA SILVA FILHO  
Controle: 1520770 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 24/05/2020

**PERNA DIREITA**

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

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

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/05/2020

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável

Teresa Rosal, Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 050234  
SAME - HUT  
Conferir 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: **MARILENE DE OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545970)  
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - UNIAO - PI CEP: 64120-000  
Nascimento: 14/11/1985 Idade: 34a6m16d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 263746  
Requisição: 1096949 Solicitação: 25/05/2020 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES  
Controle: 1521152 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 40

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 25/05/2020

**PERNA DIREITA**

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

- Fraturas recentes alinhadas nas diáfises dos ossos da perna com presença de placas e parafusos metálicos na tibia,
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 30/05/2020

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável

Teresa Regina Pereira de Sousa Lyra  
Matrícula: 059234  
SABME - HUT  
Confirmação Original

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS





ASSINATURA DO TITULAR

*marileneoliveira*

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DEBIL 2.729.679

DATA DE EXPEDIC 25/07/05

NOME MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

FILIAÇÃO MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA FRANCISCO MIRANDA OLIVEIRA

NATURALIDADE ALTOS-PI

DATA DE NASCIMENTO 14/11/1985

DOC. UNIGEM CERT. NASC. 27801 L A28 F 198

EXP. ALTOS-PI 14/08/00

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Numero 037.833.653-33

Nascimento 14/11/1985

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

V1C27QDD.F6DD8D0E.BEEB

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 16:04:03 dia 18/07/2011 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00



DETTRAN - PI

Nº 010103659576

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
00002844

0958  
494d  
20f2  
5f96  
f0af  
cd18  
cdfb  
fbf4  
ed71  
8d11  
2012

VIA	COO. REGIONALE	ANTRC	ESERCIZIO
1	494427604		2012
	000028444		

100

MARIA CIRLENE DE OLIVEIRA SOUSA

九九九

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.

02377964303

PLACA  
ODV-5828

PLACA ANT/USE-

9C2JC4110DR103399

COMBUSTIBLE

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

**GASOLINA**

MARCA/MODELO -

HONDA/CG 125 FAN K8

2012	2013
------	------

2012	2013
------	------

CAP/APOT/CH

100

COA PREDOMINANTE —

02P/0124CC

PARTIC

VERMELHA

COTA UNICA -

VEFSC COTA UNICA

— VINYL/COTAS —

 $-0.34$ 

AIPVA-

PARCELAMENTO/COTAS —

1<sup>a</sup> 2<sup>a</sup>

FÁBIO (BS) -

1987

— *phéno tot* —

DATA DE PAGAMENTO.

**SEGURO**

PAGO

oleo

PBT: 001.08

**ALIENACAO FIDUCIARIA**

ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

UNIAO

LOCAL-

DATA

DATA  
09/11/2012

**Don't Miss It!**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200343393 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARILENE DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.(P-1)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-PLACAS,PARAFUSOS)E ALTA MÉDICA.  
P-6-8-9-10-12-20

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 995.542 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/03/16

NOME LOURENÇO FERREIRA DE ABREU

FILIAÇÃO JULIA PEREIRA DE OLIVEIRA  
ANDRÉ FERREIRA DE ABREU

NATURALIDADE UNIÃO-PI DATA DE NASCIMENTO 10/08/1963

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 3618 L 49 F 90  
EXP UNIÃO-PI 28/03/00  
CPF 86.871.463-58

ASSINATURA DO DIRETOR

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0840391

ASSINATURA DO TITULAR

LOURENÇO FERREIRA DE ABREU

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL  
NOME  
3.351.187  
DATA DE  
EXPIRAÇÃO  
31/07/09

FILIAÇÃO  
DOMINGAS PEREIRA DE SOUZA  
MIGUEL PRAEDES DE SOUZA  
TIMON-MA  
11/11/1978

CERT. NASC. 19285 L 62 F 213  
EXP COELHO NETO-MA 23/11/85  
TERESINA - PI

ASSISTENTE DO CONTROLE DE MATRIZES

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 81.280/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE DEUS MARTINS

POLEGAR DIREITO

REGISTRO GERAL

3.351.187

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF

REGINALDO PEREIRA DE SOUZA

CPF 643428163-34

DATA DO NASCIMENTO 66/11/11

DATA DE INSCRIÇÃO 02/03/99

ESTADO

REGINALDO PEREIRA DE SOUZA

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 02/03/99

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validado e emitido por terceiro, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200343393 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARILENE DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TIBIA DIREITA.(P-1)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE,PLACAS,PARAFUSOS,FIXAÇÃO)E ALTA MÉDICA.  
P-6-8-9-10-12-20

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR  
DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00