



Número: **0800081-69.2021.8.18.0076**

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                                                    |                         |
|------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| MARILENE DE OLIVEIRA SILVA (AUTOR)                         |                    | FREDSON OLIVEIRA VIEIRA (ADVOGADO)                                               |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                                                                  |                         |
| Documentos                                                 |                    |                                                                                  |                         |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                                                        | Tipo                    |
| 13997 629                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">Petição Inicial</a>                                                  | Petição Inicial         |
| 13997 944                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">DOCUMENTOS DA VITIMA MARILENE DE OLIVEIRA SILVA</a>                  | Documentos              |
| 13997 943                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">PRONTUÁRIO MARILENE DE OLIVEIRA SILVA</a>                            | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 13997 642                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">BOLETIM DE OCORRENCIA</a>                                            | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 13997 641                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO SEGURO DPVAT MARILENE DE OLIVEIRA SILVA</a> | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 13997 640                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">PEDIDO DE SEGURO DPVAT MARILENE DE OLIVEIRA SILVA</a>                | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 13997 639                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">COMPROVANTE DE RESIDENCIA</a>                                        | Comprovante             |
| 13997 638                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">DOCUMENTO DA MOTO MARILENE DE OLIVEIRA SILVA</a>                     | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 13997 637                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">FICHA DE ENTRADA NO HOSPITAL DE UNIÃO</a>                            | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 13997 636                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">RX DA PERNA DIREITA MARILENE</a>                                     | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 13997 635                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">ATESTADO MARILENE DPVAT</a>                                          | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 13997 634                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">EXTRATO DE PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT MARILENE</a>                    | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 13997 633                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">DOCUMENTOS DA TESTEMUNHA LOURENÇO</a>                                | Documentos              |
| 13997 632                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">CONTA PARA DEPOSITO</a>                                              | Documentos              |
| 13997 631                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">PROCURAÇÃO DA MAE</a>                                                | Procuração              |
| 13997 630                                                  | 09/01/2021 14:32   | <a href="#">DOCUMENTOS DA TESTEMUNHA</a>                                         | Documentos              |

EM PDF



**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL 2.729.679 DATA DE EXPEDIÇÃO 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. ORIGEM CERT. NASC. 27801 L A28 F 198

CPF EXP ALTOS-PI 14/08/00

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




ASSINATURA DO TITULAR  
*marilene de oliveira silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 037.833.653-33

Nome MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Nascimento 14/11/1985

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
8D0E.BEEB.F6DD.2C1

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 do dia 18/07/2014 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00







NOME DO PACIENTE: Martelene 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  
Matricula: 059234  
SAME - HUT  
Confere Original







# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218-6743  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.822.317/0001-52

UK  
Oliveira

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 24/05/2020 19:56:01  
(User: CARLOS ROSADO)  
(Estação: SALATRAINHA01)

### 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>                  | Fone: <b>86-99426-7666</b> |
| Responsável: <b>ANA REGINA</b>                                                                      | CNS: <b>706001863568445</b>        |                                        |                            |
| Profissão:                                                                                          | Documento: <b>RG: 2729679 - PI</b> |                                        |                            |
| G. Instrução: <b>Não informado</b>                                                                  | E.Civil: <b>Solteiro(a)</b>        |                                        |                            |

### DO ATENDIMENTO:

|                                                                                                           |                                     |                        |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| Código: <b>780025</b>                                                                                     | Entrada: <b>24/05/2020 19:23:11</b> | Convênio: <b>S U S</b> | Proced: <b>0301060029</b> |
| Motivo da Procura<br>(Conforme Paciente/Acomp): <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b> |                                     |                        |                           |
| Condução: <b>AMBULÂNCIA DO SAMU</b>                                                                       |                                     |                        |                           |

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                                                                                           |                                       |                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação:<br><b>QUEDAS</b>                                                                                                                           | Classificação:<br><b>Dor moderada</b> | Cor:<br><b>Amarelo</b>                                              |
| Breve História Clas. Risco:<br>PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE, COM QUEIXA DE DOR EM MID, RELATA HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA, NEGA ALERGIAS. |                                       | THAMYRES VIEIRA DA SILVA<br>COREN 422727<br>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>bmp</b> | Pressão: <b>mmHg</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Leixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |
| PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM USO DE CAPACETE (ATINGIDO POR COLISÃO FRONTAL POR AUTOMÓVEL), HÁ APROXIMADAMENTE 5 HORA. 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 SÍNCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. NEGA OUTRAS QUEIXAS                                                                                                                       |      |
| A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL E INDOLOR À PALPAÇÃO;<br>B: BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, BOA SPO2, MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS;<br>C: SEM GRANDES SANGRAMENTOS, PULSO PERIFÉRICO CHEIO, BNF EM 2T, S/ SOPROS, Pelve estável, abdome flácido, DEPRESSIVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL E SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS;<br>D: PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, GLASGOW 4+5+6 (OU DIZER QUE A AVALIAÇÃO DO GLASGOW TA |      |
| Diagnóstico Inicial:<br>?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CID: |

|                                                                                                                           |                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Exames Complementares:</b><br>(1520768) - T.C. DE CRÂNIO<br>(1520769) - TORAX PA E PERFIL<br>(1520770) - PERNA DIREITA | <b>TOMOGRAFIA REALIZADA</b><br>DATA <b>24/05/20</b> HORA <b>20:10h</b><br>EXAME <b>CRÂNIO</b><br>TÉCNICO <b>CRÂNIO</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                  |                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prescrição Médica:</b><br>1) SF 0,9% 1000ML, ACM.<br>2) DIPIRONA 500MG/ML- LAMP+AD, AGORA<br>3) TILATIL 20MG- LAMP+ AD, AGORA | <b>Técnicos:</b><br>Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes<br>Matrícula: 059234<br>SAME - HUT<br>Confere com Original |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

CARLOS ALBERTO ROSADO DA SILVA FILHO



24/05/2020

HTdra - 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 tibia

Procedimentos

Descrição Clínica PACIENTE POLITRAUMATIZADO, VÍTIMA 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, RCR2T; 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 Araújo - 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       |                                                                                 |

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

<https://hydra.sesapi.pi.gov.br/internacoes/178144>





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

315545

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>263746</b>         |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                                                        |                                 |                         |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 5-Nome: <b>MARILENE DE OLIVEIRA SILVA</b>                                              | 6 - Prontuário: <b>545970</b>   |                         |                          |
| 7-CNS: <b>706001863568445</b>                                                          | 8-Nascimento: <b>14/11/1985</b> | 9-Sexo: <b>Feminino</b> | RG: <b>2729679 - PI</b>  |
| 10-Idade: <b>MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA</b>                                     | 12-Fone: <b>86-99426-7666</b>   |                         |                          |
| 13-Rep: <b>ANA REGINA</b>                                                              | 14-Cor: <b>Sem Informação</b>   |                         |                          |
| 15-End: <b>RUA SANTA ISABEL QD 22 CN 13 - VILA NOVA NOROCCIDENTAL - CEF: 64120-000</b> |                                 |                         |                          |
| 16-Munic: <b>UNIAO</b>                                                                 | 17-Cod.IBGE: <b>221110</b>      | 18-UF: <b>PI</b>        | 19-CEP: <b>64120-000</b> |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                     |                          |                      |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------|
| 20 - Principais sinais e sintomas clínicos:<br><i>Dor, inchaço e limitação de movimento</i>         |                          |                      |                        |
| 21 - Condições que justificam a internação:<br><i>Hto aguda</i>                                     |                          |                      |                        |
| 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):<br><i>~ 12x</i> |                          |                      |                        |
| 23-Diagnóstico Inicial:<br><b>Fratura da diáfise da tíbia</b>                                       | 24-CID Prim: <b>S822</b> | 25-CID Sec.: <b></b> | 26-CID C.Ass.: <b></b> |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                            |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8-Cod.Proced.: <b>0408050500</b>                                           | 27-Procedimento Solicitado:<br><b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA</b> | Tempo SUS: <b>4</b>                                                                                                                                                                                  |
| 29-Clinica: <b>02</b>                                                      | 30-Caráter: Ident.: <b>01</b>                                                             | 32-Doc. Méd. Solic.: <b>669.742.673-04</b>                                                                                                                                                           |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:<br><b>AYRANA SOARES AIRES</b> | 34-Data Solicitação:<br><b>24/05/2020</b>                                                 | Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente:<br><i>Dr. Ayrana Soares Aires</i><br><b>Ortopedia e Traumatologia</b><br><b>CRM: 15.046/2016 - RBO</b><br><b>CRM: 15.046/2016 - RBO</b> |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

|                                        |                                |
|----------------------------------------|--------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização:           |
| 48-Documento:<br>( ) CNS ( ) CPF       | 49-Num. Documento:             |
|                                        | 50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho) |

|                                                                                          |                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:<br><i>X Ana Regina Barbosa de Castro Santos</i> | Usuário: (SOLIMAR BRITO)<br>Consulta Local: 780025<br>Consulta SUS:<br>Impressão: 24/05/2020 23:31:28 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|





|                                                                    |                    |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> | Nº LAUDO: 315545   |
|                                                                    | AIH: 2220100326433 |
| FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO                          |                    |

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                                    |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | CNES<br>5828856 |
| <b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  | CNES<br>5828856 |

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
DOR, DEFORMIDADE E FRATURA EXPOSTA DE TIBIA

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
CIRURGIA

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

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

|                                                                                     |                          |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA | <b>CID 10 SECUNDARIO</b> | <b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                                                     |                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b><br>0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA |                                                                                                                      |
| <b>LEITO/CLÍNICA</b><br>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA                                                                      | <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br>AYRANA SOARES AIRES<br>CPF: 66974267304 CRM: |
| <b>CARÁTER</b><br>URGÊNCIA                                                                                          | <b>DATA SOLICITAÇÃO</b><br>24/05/2020                                                                                |
| <b>DATA ADMISSÃO</b><br>24/05/2020 19:23                                                                            | <b>DATA ALTA</b><br>25/05/2020 09:00                                                                                 |
| <b>MOTIVO ALTA</b><br>ALTA MELHORADO                                                                                |                                                                                                                      |

#### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                          |
|----------------------|------------------------|----------------------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|--------------------------|
| <b>TIPO ACIDENTE</b> | <b>CNPJ SEGURADORA</b> | <b>Nº DO BILHETE</b> | <b>SÉRIE</b> | <b>CNPJ DA EMPRESA</b> | <b>CNAE EMPRESA</b> | <b>CBOR</b> | <b>NATUREZA DA LESÃO</b> |
|                      |                        |                      |              |                        |                     |             |                          |

#### AUTORIZAÇÃO

|                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                        |                                                                                                                                  |
| <b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES<br>CPF: 03834832391 CRM: | <b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b><br>DATA ANALISE: 25/05/2020 01:22:52 CPF: CRM: DATA ANALISE |

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 669234  
SAME HUT  
Confere com Original

about:blank

1/





**centro cirúrgico**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |              |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|-----------|
| Nome do Paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |              |           |
| Diagnóstico pré-operatório                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |              |           |
| Operação - Tipo                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |              |           |
| Cirurgião                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 1º Assinante |           |
| 2º Assinante                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 3º Assinante |           |
| Instrumentador(a)                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Anestesista  | Anestesia |
| Anestésico(a)                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |              |           |
| Data da Operação                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Início       | Fim       |
| Diagnóstico Pós-operatório                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |              |           |
| Relatório Imediato do Patologista                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |              |           |
| Acidente Durante a Operação                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |              |           |
| <p align="center"><b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b><br/>(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>1) Paciente em SPA sob anestesia<br/> 2) Drenagem<br/> 3) Lavagem<br/> 4) Anestesia de campo / Injeção de PO q SPA, 9.<br/> 5) Colocação de placa<br/> 6) Sutura<br/> 7) Curativo</p> |  |              |           |

MOD. 76 - HUT







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:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>263746</b>            |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

|                                                            |                                                                                                                    |                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31-Cod.Proced.Princip.<br><b>0408050500</b>                | 30 - Procedimento Principal / Descrição:<br><b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA</b>             |                                                                                                        |
| 31-Cod.Procedi-<br>mento Especial<br><b>0702030902</b>     | 32 - Descrição do Procedimento Especial:<br><b>PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)</b> | Quant. Soli-<br>cidada:<br><b>1</b>                                                                    |
| Fornecedor da OPM: <b>SPINE</b>                            |                                                                                                                    |                                                                                                        |
| 38-Profissional Responsável:<br><b>AYRANA SOARES AIRES</b> | 40-Tp. Documento:<br><b>CPF</b>                                                                                    | <i>Dr. Ayrana Soares Aires</i><br>Cirurgião de Coluna Vertebral (CRM)<br>CRM - RJ 2748 / CRM - RJ 9546 |
| 39-Data Solicitação: <b>24/05/2020</b>                     | 40-No.Doc. Méd. Solic.:<br><b>669.742.673-04</b>                                                                   |                                                                                                        |

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Fixar de gesso de fibra*

AUTORIZAÇÃO

|                                                                     |                      |                              |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                              | 47-Data Autorização: | 48-CNS/CPF:                  |
| 51-Justificativa da 'NÃO' autorização:                              |                      |                              |
|                                                                     |                      | 49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) |
| 50. Nome do Profissional/parecer controle<br>de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização: | 52-CNS/CPF:                  |
|                                                                     |                      | 53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) |

(SOLIMAR BRITO)

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 059234  
SAMHUT  
Confere 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: Maílene de Oliveira Sphaer | QUARTÃO Nº: 545970                  |
| DIAGNÓSTICO:                                 | CIRURGIA: Histerectomia de prolapso |
| ANESTESIA: Raque                             | Nº DA SALA: 05 - Flórida            |
| CIRURGIÃO: Rivanor                           | CPF Nº                              |
| AUXILIAR: Rivalente                          | CPF Nº                              |
| ANESTESIA: Amanda Gomes                      | CPF Nº                              |
| INSTRUMENTADORA: Rivanor                     | 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     | 150    |       |
| 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 | OCORRÊNCIA              |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG. |       |        |       | Eletródos               |        | 05     |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       | Escovos pl. ougem.      |        | 03     |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG. |       |        |       |                         |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG. |       |        |       |                         |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                         |        |        |       |
| MONONYLON 3.0           | "     | 02     |       |                         |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:             |        |        |       |
| VICRYL 1.0              | "     | 01     |       | CIRCULANTE: Valdirine   |        |        |       |
| PROLENO                 |       |        |       |                         |        |        |       |

MOD. 94



## FOLHA DE ANESTESIA

| UNIDADE DE SAÚDE                                                         |                                |                     |                | Nº DE REGISTRO                       |          |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------|--------------------------------------|----------|
| NOME DO PACIENTE <u>Marieline de Oliveira, Silva</u>                     |                                |                     |                |                                      |          |
| DATA:<br><u>24/05/2020</u>                                               | P. ARTERIAL<br><u>120 x 65</u> | PULSO<br><u>135</u> | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA                          | PESO     |
| EXAMES DE SANGUE                                                         | GR. SANGÜÍNEO                  | HEMATIMETRIA        | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS                         | GLICEMIA |
| EXAMES DE URINA                                                          |                                |                     |                |                                      |          |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>Compensado</u>                                    |                                |                     |                | ELETROCARDIOGRAMA                    |          |
| SISTEMA CIRCULATORIO <u>Normal, Rítmico</u>                              |                                |                     |                | ASMA <u>Não</u>                      |          |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                                                     |                                |                     |                | BRONQUITE                            |          |
| SISTEMA DIGESTIVO <u>Jejum desde 12h</u>                                 |                                |                     |                | SISTEMA URINÁRIO                     |          |
| ESTADO MENTAL <u>Corrente, orientado</u>                                 |                                |                     |                | CORTICOIDES                          |          |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura exposta do L. 11<sup>o</sup> ⑤</u> |                                |                     |                | ATARÁXICOS                           |          |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)                                            |                                |                     |                | OUTROS                               |          |
| APLICADO AS                                                              |                                |                     |                | EFEITOS                              |          |
| 23:10                                                                    |                                |                     |                | TOTAL DE DOSES                       |          |
| AGENTES ANESTÉSICOS                                                      | OXIGÊNIO                       |                     |                | ① Check de vit                       |          |
|                                                                          | 1                              |                     |                | ② Identificação                      |          |
|                                                                          | 2                              |                     |                | ③ Monitorização                      |          |
|                                                                          | 3                              |                     |                | ④ Verificação de                     |          |
| LÍQUIDOS                                                                 | SO-UTO 500                     |                     |                | am HSE                               |          |
|                                                                          | 400                            |                     |                | ⑤ Rotação L&L                        |          |
|                                                                          | SANGUE 300                     |                     |                | Aquecimento 25 G                     |          |
|                                                                          | 200                            |                     |                | SEQUÊNCIA                            |          |
|                                                                          | OUTROS 100                     |                     |                | 1 Redução de                         |          |
| TEMPERATURA                                                              | 260                            |                     |                | 2 L&L claro                          |          |
| T                                                                        | 240                            |                     |                | 3                                    |          |
|                                                                          | 2                              |                     |                | 4                                    |          |
| P. ARTERIAL                                                              | 200                            |                     |                | 5 ⑥ Rotação de                       |          |
| V                                                                        | 180                            |                     |                | 6 15mg                               |          |
| O                                                                        | 160                            |                     |                | 7 ⑦ Rotação de                       |          |
| PULSO                                                                    | 140                            |                     |                | 8 10mg                               |          |
|                                                                          | 120                            |                     |                | 9 ⑧ Rotação de                       |          |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA                                                   | 100                            |                     |                | 10 ⑨ Rotação de                      |          |
| X                                                                        | 80                             |                     |                | 11 ⑩ Rotação de                      |          |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO                                                    | 60                             |                     |                | 12 ⑪ Rotação de                      |          |
|                                                                          | 40                             |                     |                | 13 10mg                              |          |
| RESPIRAÇÃO                                                               | 20                             |                     |                | 14                                   |          |
| O                                                                        | 10                             |                     |                | 15 ⑫ Rotação de                      |          |
| SÍMBOLOS                                                                 |                                |                     |                | DURAÇÃO 10 m                         |          |
| TÉCNICAS <u>Rotação de</u>                                               |                                |                     |                | INCIDENTE - ACIDENTE                 |          |
| OPERAÇÕES                                                                |                                |                     |                | ⑬ Descontagem 2g                     |          |
| CIRURGIÕES                                                               |                                |                     |                | ⑭ Rotação de 40mg                    |          |
| ANESTESISTAS                                                             |                                |                     |                | Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes |          |
|                                                                          |                                |                     |                | Matrícula: 059234                    |          |
|                                                                          |                                |                     |                | SAME - HUT                           |          |
|                                                                          |                                |                     |                | Confere com Original                 |          |
| PARITICULARIDADES                                                        |                                |                     |                | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS   |          |





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otlo Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

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

|              |             |                           |               |          |                           |                |                    |                              |
|--------------|-------------|---------------------------|---------------|----------|---------------------------|----------------|--------------------|------------------------------|
| Atendimento: | Prontuário: | Paciente:                 | Dr. Hasc./Id: | Clinica: | Enfermaria:               | Leito:         | Médico Assistente: |                              |
| 263746       | 545970      | MARTINE DE OLIVEIRA SILVA | 14/11/1985    | 346m104  | RECUPERAÇÃO POS ANESTESIA | ENFERMARIA 001 | LEITO 003          | GIORDANO CROMBENGER ALVES DO |

|           |           |                           |
|-----------|-----------|---------------------------|
| Evolução: | Alérgias: | Diagnóstico/Comorbidades: |
| Horas:    |           |                           |

| Sq.:  | Descrição-Representação/Observação:  | Dose: | Unid.:  | Via: | Int.:  | Recom.: | Dil. Vol.: | Horarios: | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: |
|-------|--------------------------------------|-------|---------|------|--------|---------|------------|-----------|--------------------------|
| Dieta |                                      |       |         |      |        |         |            |           |                          |
| 1     | CEFALOTINA SÓDICA 1g, pó F/SOL. INJ. | 1,00  | Frasco- | EV   | 6/6h   |         | ND         |           |                          |
|       | 10ML AD                              |       |         |      |        |         |            |           |                          |
| 2     | DIFERONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.  | 1,00  | Ampola  | EV   | 6/6h   |         | ND         |           |                          |
|       | 10ML AD                              |       |         |      |        |         |            |           |                          |
| 3     | TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL         | 1,00  | Ampola  | EV   | 12/12h |         | SF 0,9g    |           |                          |
|       | 100ML SF0,9g SN                      |       |         |      |        |         |            |           |                          |
| 4     | BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.         | 1,00  | Ampola  | EV   | 8/8h   |         |            |           |                          |
|       | 10ML AD SN                           |       |         |      |        |         |            |           |                          |

Observações Gerais:

JELCO SALINIZADO  
CURATIVO DIÁRIO  
CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
SAMAR - HUT  
Conteúdo com Original

Dr. Giordano Crombenger  
Ortopedia Traumatologia  
CRM34151 EOT10029





[illegible]





**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**

**FMS**  
Fundação Municipal  
de Saúde

[illegible]

MOD: 007 - HUT

MÉDICO/CRM:





**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: 34a6m10d 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 COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/05/2020

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável

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





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## 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 trasnversas completas recentes desalinhadas na diáfise da tíbia e fibula.
- 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 Raquel Pereira de Sousa Lopes  
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: 34a6m16d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 263746  
Requisição: 1096949 Solicitação: 25/05/2020 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES  
Controle: 1521152 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - 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 tíbia.
- 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 Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 059234  
SAME - HUT  
Conferido Original





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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

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

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Data/Hora

24/05/2020 - 14:00

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

Mãe: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Endereço: QUADRA 22 CASA 14 RUA SANTA ISABEL, Nº

Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Cidade: UNIÃO

Tipo Envolv.: VITIMA

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, Nº CASA 14

Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9574-0618

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

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:

Ano: Placa: Chassi:

2013 ODV5828 9C2JC4110DR103399

Renavam:

404427604

Cor:

Vermelha

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, PARA VER SE VINHA ALGUM VEÍCULO PARA SEGUIR SEU DESTINO, FOI COLHIDA EM SUA MOTOCICLETA, POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, ONDE O MESMO LHE ARREMESSOU A UMA DISTÂNCIA, 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 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 A MÃE E

Boletim de Ocorrência emitido em: 21/09/2020



Assinado eletronicamente por: FREDSON OLIVEIRA VIEIRA - 09/01/2021 14:36:35

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010914321852700000013238731>

Número do documento: 21010914321852700000013238731

Num. 13997642 - Pág. 1





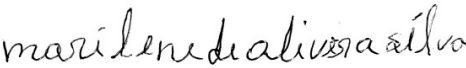
Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

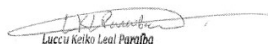
1122 v. 1.1

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001568/2020-52**

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

  
Vicente Oliveira De Sousa - Mat.  
AGENTE DE POL

  
MARILENE DE OLIVEIRA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

  
Luccy Reiko Leal Parreira  
Delegada Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7





**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    |
|                           | 0373365333    | MARILENE DE OLIVEIRA SILVA |

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

|                                       |                      |             |
|---------------------------------------|----------------------|-------------|
| Nome completo                         | CPF titular da conta | Profissão   |
| MARILENE DE OLIVEIRA SILVA            | 0373365333           | DO LAR      |
| Endereço                              | Número               | Complemento |
| RUA SANTA ISABEL, VILA NOVA CONQUISTA | 511                  |             |
| Bairro                                | Cidade               | Estado      |
| VILA NOVA CONQUISTA                   | UNSAO                | PI          |
| CEP                                   | Telefone (DDD)       |             |
| 6420000                               | 86995709659          |             |
| Email                                 |                      |             |
| fredsonoliveiravieira@hotmail.com     |                      |             |

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

União, 21 de Setembro de 2020

Local e Data

marileneoliveira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário  
Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



| <b>Seguradora</b><br><b>LIDER</b><br><small>Administradora do Seguro DPVAT</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                            | <b>PEDIDO DO SEGURO DPVAT</b>                                                                                   |                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                               |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            | 3 - CPF da vítima: <b>037833653-33</b>                                                                          | 4 - Nome completo da vítima: <b>MARILENE DE OLIVEIRA SILVA</b>                                |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                               |
| 5 - Nome completo: <b>MARILENE DE OLIVEIRA SILVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                            | 6 - CPF: <b>037.833.653-33</b>                                                                                  |                                                                                               |
| 7 - Profissão: <b>DO LAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 8 - Endereço: <b>RUA SANTA ISABEL, VILA NOVA CONQUISTA</b>                                                 | 9 - Número: <b>511</b>                                                                                          | 10 - Complemento:                                                                             |
| 11 - Bairro: <b>DO LAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 12 - Cidade: <b>UNIAO</b>                                                                                  | 13 - Estado: <b>PI</b>                                                                                          | 14 - CEP: <b>64120000</b>                                                                     |
| 15 - E-mail: <b>fredsonoliveiravieira@hotmail.com</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                            | 16 - Tel.(DDD): <b>86 995709659</b>                                                                             |                                                                                               |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00<br><input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00                                                                                                                                                                                           |                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                               |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itau (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                               |
| AGÊNCIA: <b>4288</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                            | CONTA: <b>6805</b>                                                                                              |                                                                                               |
| (Informar o dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            | (Informar o dígito se existir)                                                                                  |                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)<br>Nome do BANCO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                               |
| AGÊNCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                            | CONTA:                                                                                                          |                                                                                               |
| (Informar o dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            | (Informar o dígito se existir)                                                                                  |                                                                                               |
| Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                               |
| 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atenda 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 IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74. |                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                               |
| Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                               |
| DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                               |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                            | 24 - Data do óbito da vítima:                                                                                   |                                                                                               |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                            | 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não         |                                                                                               |
| 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                               |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não   |                                                                                                                 |                                                                                               |
| Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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 alfabetizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            | 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)                                                              |                                                                                               |
| 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            | 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)                                                                |                                                                                               |
| 38 - 1ª Nome: <b>LORENDO FERREIRA DE ABREU</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            | 39 - 2ª Nome: <b>REGINALDO PEREIRA DE SOUSA</b>                                                                 |                                                                                               |
| CPF: <b>386.641.463-68</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            | CPF: <b>64.342.816-34</b>                                                                                       |                                                                                               |
| Assinatura da testemunha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                            | Assinatura da testemunha                                                                                        |                                                                                               |
| 40 - Local e Data, <b>marileneoliveira Silva</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                            | 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)                                                             |                                                                                               |
| 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                            | 43 - Assinatura do Procurador (se houver)                                                                       |                                                                                               |

FPS.001 V002/2019





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

Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!!

1358132-5

Nº da Nota Fiscal

43468346

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

CONSUMO (kWh)

TOTAL A PAGAR (R\$)

CONTA MÊS

VENCIMENTO

AGOSTO/2020

31/08/2020

145

94,94

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

ROT: 260.070.15-27.539100

DADOS DE LEITURA  
Atual: 6837  
Anterior: 6692  
Constante de Multiplicação: 1,000  
Consumo Medido: 145  
Consumo Faturado: 145  
Forma de Faturamento: NORMAL  
Código de Irregularidade: FCAM\*  
Dias de Consumo: 32

Atual: 24/08/2020  
Anterior: 23/07/2020  
Próxima Leitura: 23/09/2020  
Emissão: 23/08/2020  
Apresentação: 24/08/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA  
Classe/Subclasse: MONO  
Ligação: A1463635  
Número Medidor: 1.4.1.1  
Poste: 88  
Código Fat.: 1.4.1.1  
Média 12 meses: 88

RESID. B.X. 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 30 - 0,271320  
31 A 70 - 0,465374  
71 A 100 - 0,698347  
101 A 145 - 0,925340

CONSUMO

DESCRIÇÃO DA CONTA

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.





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

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

VIA 1 494427604 COD 000028444 EXERCÍCIO 2012

NOME MARIA CIRLENE DE OLIVEIRA SOUSA

\*\*\*\*\*

02377964303 OFF/CPF PLACA ODV-5828

9C2JC4110DR103399 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARKA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KB ANO FAB 2012 ANO MOD 2013

CAP/PROT/OL 02P/0124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA 1ª 2ª 3ª VENC/COTAS 1ª IPVA

FAIXA IPV A PARCELAMENTO/COTAS 00000000 PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00000000 PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

**SEGURO OBRIGATORIO**

OBSERVAÇÕES

PBT: 001.08

ALIEACAO FIDUCIARIA

ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

CIDADE UNIAO LOCAL DATA 09/11/2012

JOSE ANTONIO VASCONCELOS





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



SAMU

192

24/05/2020

### REGISTRO DE OCORRÊNCIA

|                         |                    |                 |
|-------------------------|--------------------|-----------------|
| Nome do Solicitante:    | Marta              |                 |
| Contato do Solicitante: |                    |                 |
| SAÍDA DO PA:            | CHEGADA AO LOCAL:  | SAÍDA DO LOCAL: |
| 13:50                   | 14:05              | 14:24           |
| CHEGADA AO HOSPITAL:    | SAÍDA DO HOSPITAL: | CHEGADA AO PA:  |
| 14:47                   | 15:20              | 15:23           |

NOME DO PACIENTE: Martine de Oliveira Silva

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

LOCAL DA OCORRÊNCIA: PZ 512 (Monte Miguel Alas) perto do vulto

#### TIPO DE OCORRÊNCIA

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

|                                                                                                                |                                                             |                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</b><br>(x) Alerta<br>( ) Responde ao Comando<br>( ) Responde a Dor<br>( ) Sem resposta | <b>PUPILAS</b><br>(x) Iguais<br>( ) Desiguais<br>( ) OUTROS | <b>FALA</b><br>(x) Normal<br>( ) Confusa<br>( ) Nenhuma |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

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

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

#### OBSERVAÇÕES:

Paciente vítima de acidente de moto (colisão moto x carro), com fratura exposta em MTD (tibia), apresentando-se de início de vômitos, realizando primeiros socorros com curativo com solução fisiológica 0,9%.

#### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

|                                                                                                                             |                                                                                                                                   |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| ( ) Aspiração<br>( ) Oxigênio<br>( ) Reanimação Cardio-Resp<br>( ) Ventilação Artificial<br>( ) Monitorização<br>(x) Outros | (x) Imobilização de extremidades<br>(x) Prancha<br>(x) Colar Cervical<br>( ) KED<br>(x) Acesso Venoso - Solução fisiológica 0,9%. | ( ) Ass. Obstétrica<br>(x) Hemostasia<br>(x) Curativo |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

#### ENTRADA NO HOSPITAL

|                                                              |                                                                                   |                                                                            |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| ( ) Melhorando<br>( ) Piorando<br>(x) Inalterado<br>( ) Coma | ( ) Severa Gravidade<br>( ) Média Gravidade<br>( ) Pequena Gravidade<br>( ) Ileso | ( ) Indeterminado<br>( ) Óbito antes do Socorro<br>( ) Óbito no transporte |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

#### MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

HOSPITAL DE DESTINO: HMU

SOCORRISTA:

Katia Maria da Ponte  
COREN-PI nº 1.254.868 - TE

RECEPÇÃO DO HOSPITAL:

Receita médica

MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A)

Enfermeiro  
Coren - PI 500





RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI  
Fone (086) 3265 111 6  
CNPJ 18.488.708/0001-03  
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

### FICHA DE ATENDIMENTO

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

#### DADOS DO PACIENTE.

NOME: Marcilene de Oliveira Silva DN: 14/11/85 ID: 34605 SEXO: F

NOME DA MÃE: Maria dos milagres Silva Oliveira

US: 008 0027 3074 0976 RG: 2729679 CONTATO: 9467666

ENDEREÇO: Vila Santa Isabel CEP: 6412000

VIRRO: Rua Rimal CIDADE: União UF: PI

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☐ DEMANDA ESPONTANEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☒ SAMU ☐ PM ☐ AMBULANCIA ☐ OUTRO:

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

OTIVO DA PROCURA: ☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA ☐

VITAIS/FC: 98 PA: 100/80 SAT: 98 T: 36,5 DOR: 0 ECG: 0 GLICEMIA: 0 PESO: 0 ALTURA: 0

SCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

BSERVAÇÕES:

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

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

HISTORIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO

Trauma moto X carro, Fratura exposta no

braço direito.

EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☒ RX ☐ US

DIAGNÓSTICO

RX da perna direita

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 16/09/2020

Antônia R. Viana da Silva

ANTÔNIA R. VIANA DA SILVA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

2. Bromoprida - 1 amp + AD, eu

Paciente regulada.

CONDUTA

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

HORA/SAÍDA ☐ URGENCIA ☐ EMERGENCIA ☐ NÃO URGENCIA

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

MÉDICO CRM: REC 1000 ENFERMEIRO(A) COREN: Antônia R. Viana da Silva







**Paciente:** Marilene De Oliveira Silva  
**Data de Nascimento:** 14/11/1985  
**Médico(a) Solicitante:** Nao Informado

**ID do Paciente:** 45728  
**ID do Exame:**  
**Data do Exame:** 06/11/2020

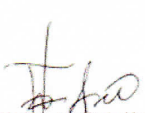
### **Raio-x da perna direita**

#### **Achados:**

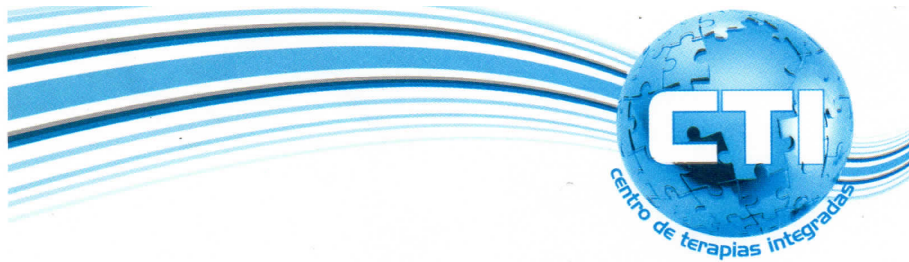
Fixação diafisária distal da tíbia por placa e parafusos metálicos para tratamento de fratura, sem desalinhamento dos fragmentos ósseos.  
Fratura em fase de consolidação na diáfise distal da fíbula, sem desalinhamento dos fragmentos ósseos.  
Espaços articulares com largura preservada.  
Partes moles sem alterações específicas por este método.

#### **Conclusão:**

Raio-x da perna esquerda evidencia fixação diafisária distal da tíbia por placa e parafusos metálicos para tratamento de fratura, sem desalinhamento dos fragmentos ósseos.  
Fratura em fase de consolidação na diáfise distal da fíbula, sem desalinhamento dos fragmentos ósseos.

  
Fábio Augusto Costa Martins  
CRM 2832 - PI  
Médico Radiologista RQE 3683





Paciente: \_\_\_\_\_

*Atestado Médico*

*Atesto para os devidos fins que se  
fizem necessários que a senhora Marlene  
de Oliveira Silva é portadora de sequelas  
de fratura do Tibio D. Paciente apresenta  
dor e limitação funcional da perna D. Paciente  
incapacitada para o trabalho por período  
de tempo indeterminado.  
C ID 582.3.*

Dr. Anderson Carvalho Araújo  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 22797 / TEOT 9076  
CIRURGIA DE COLUNA

*Assinatura / Carimbo*

União-PI, 13 / 11 / 2020

Rua 13 de Maio, S/N • Centro • União - PI  
CNPJ: 08.944.112/0001-02

Fones: (86) 3265-1256  
E-mail: cti\_2012@hotmail.com





Buscar no site

COMPANHIA SEGURO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos de Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Novo Processo

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para o parecer final e de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

#### SINISTRO 3200343393 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LÍDER DPVAT - ASL CALL CENTER

BENEFICIÁRIO MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

CPF/CNPJ: 03783365333

Posição em 23-10-2020 08:48:00

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

13/10/2020 R\$ 2.362,50 R\$ 0,00 R\$ 2.362,50

#### Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência                         | Ver Carta                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19/10/2020    | PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO           | <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Em+G545OyYepxBWBiLapi_key=xv3QU6G4cejbHm+oZOXCHpiddBUNP7ZfhQEiqkQKJQ=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Em+G545OyYepxBWBiLapi_key=xv3QU6G4cejbHm+oZOXCHpiddBUNP7ZfhQEiqkQKJQ=</a>         |
| 29/09/2020    | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT | <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/C1xTWNVD7lcOxaTvLEipbgapi_key=xv3QU6G4cejbHm+oZOXCHpiddBUNP7ZfhQEiqkQKJQ=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/C1xTWNVD7lcOxaTvLEipbgapi_key=xv3QU6G4cejbHm+oZOXCHpiddBUNP7ZfhQEiqkQKJQ=</a> |

<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo>

1/3



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 386.371.463-68

TER 386.371.463-68

ASSINATURA DO DIRETOR DEVASCONCELOS

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"

POLEGAR DIREITO

0840391

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE







PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** MARILENE DE OLIVEIRA SILVA, brasileira, solteira, portadora da carteira de identidade nº. 2.729.679, SSP/PI, e do CPF Nº. 037.833.653 - 33, residente e domiciliado na Rua Santa Isabel s/n, Bairro Vila Nova Conquista, nesta cidade de União Estado do Piauí.

**OUTORGADO:** Dr. FREDSON OLIVEIRA VIEIRA, brasileiro, casado, advogado, regularmente inscrito na OAB- PI sob nº 15.976, com escritório profissional situado a Rua Anfrísio Lobão, S/N. Cidade de União, Estado do Piauí.

**PODERES:** por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhes os poderes da cláusula ad judicial et extra, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato e representa-lo (a).

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga o Advogado acima descrito, os poderes para, interpor, em nome do (a) outorgante, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica. Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC / 15.

União - Piauí, 21 de setembro de 2020.

*marilenedoliveirasilva*

OAB/15.976

Rua Anfrísio Lobão 640, União-PI

fredsonoliveiravieira@hotmail.com





