



Seguradora Líder - DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2015

Carta nº: 7736200

A/C: JOAO SILVA DOS ANJOS

Sinistro: 3150337305  
Vítima: JOENIA MARIA SILVA DOS ANJOS  
Data Acidente: 31/01/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pág. 0177301774 - carta\_02





Seguradora Líder - DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8264197

A/C: JOAO SILVA DOS ANJOS

Sinistro: 3150337305  
Vítima: JOENIA MARIA SILVA DOS ANJOS  
Data Acidente: 31/01/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag: 01411/01412 - carta\_09



00050706





**Dados do Chamado**

01 N.º do chamado: 02 SD - 4683  
 02 Data do chamado: 31/10/2015  
 03 PRO (código): 2898  
 04 Saída do PA: 09:33  
 05 Chegada ao local: 10:00  
 06 Saída do local: 10:09  
 07 Chegada ao 1.º hospital: 10:36  
 08 Saída do 1.º hospital: \_\_\_\_\_  
 09 Chegada ao 2.º hospital: \_\_\_\_\_

**Local da Ocorrência**

10 Endereço: Av. Colopovo  
 11 Bairro: U. Novo  
 12 Município-UF: \_\_\_\_\_ Código IBGE: \_\_\_\_\_  
 13 Ponto de referência: \_\_\_\_\_

**Dados do Paciente**

14 Nome: Juberio M. Silva dos Santos  
 15 Sexo:  1 - Masculino  2 - Feminino  9 - Ignorado  
 16 Idade: 14  1 - Dia  2 - Mês  3 - Ano  Se idade ignorada, preencha com 999  
 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado

**Tipos de Ocorrência**

18 Tipo de ocorrência

01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros
02 - Agressão física-espantamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	17 - Já removido
03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	18 - Falso chamado
04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência	
05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares	

**Acidente de Transporte**

19 Vítima:  1 - Pedestre  2 - Condutor  3 - Passageiro  9 - Ignorado  
 20 Meio de locomoção:  1 - A pé  5 - Ônibus/Micro-ônibus  6 - Outro  3 - Motocicleta  4 - Bicicleta  9 - Ignorado  
 21 Outra parte envolvida:  1 - Automóvel  5 - Objeto fixo  22 Equipamentos de segurança  
 2 - Motocicleta  6 - Animal  7 - Capacete  Airbag  
 3 - Ônibus/Micro-ônibus  7 - Outra  8 - Cinto de segurança  
 4 - Bicicleta  9 - Ignorado  9 - Assento para criança

**Exame Físico**

23 Glasgow = 15  
 RESPOSTA VERBAL:  5 - Orientada  4 - Confusa  3 - Palavras inapropriadas  2 - Palavras incompreensíveis  1 - Nenhuma  
 RESPOSTA MOTORA:  6 - Obedece a comandos  5 - Localiza dor  4 - Movimento de retirada  3 - Flexão anormal  2 - Extensão anormal  1 - Nenhum  
 24 Sinais Vitais: Pulso: 72, Resp.: 18, PA: 120/80, TAX: 70, SatO2: 98%  
 25 Local da lesão:

26 Pupilas:  1 - Iguais  2 - Desiguais  
 27 Pulso Radial:  1 - Cheio  2 - Fino  3 - Ausente  
 28 Sangramento:  1 - Sim  2 - Não  
 29 Dor:  Sem Dor  Leve  Moderada  Intensa  10  
 ESCALA DE DOR DE 0 A 10  
 30 Fratura:  1 - Sim  Exposta  Fechada  2 - Não  3 - Suspeito

**Assistência**

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)

<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Prancha longa/curta	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades	<input type="checkbox"/> Glicemia
<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/> Calor cerviçaç	<input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso
<input checked="" type="checkbox"/> Curativos	<input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____

**Hospital de Destino**

32 Hospital de Destino: HUJ  Não Removido  
 33 Condições de entrada:  1 - Melhorado  2 - Piorado  3 - Inalterado  
 34 Óbito:  1 - Sim  2 - Não  
 Antes do socorro  Antes do transporte  Durante o transporte

**Observações Interdisciplinar**

Paciente em estado de choque, com sinais de desidratação e hipotensão. Realizada administração de soro fisiológico e oxigênio. Paciente estabilizado e encaminhado para o Hospital de Destino.

Responsável pela recepção: \_\_\_\_\_  
 Socorristas: Médico: \_\_\_\_\_ Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
 AE/TE: \_\_\_\_\_ Condutor: \_\_\_\_\_







FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Planilha 1

Nome: <i>Joana Maria Silva dos Santos</i>		PRONTUÁRIO <i>347066</i>	CLÍNICA	ENF. OU AP. LEITO <i>217-162</i>	MÉDICO ASSISTENTE <i>Walter</i> CIRURGIA BUCCOMAXILOFACIAL
Data: <i>01.02.15</i>		HORÁRIOS		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
1ª DPO = fratura mandibular		OBSERVAÇÕES		SINAIS VITAIS	
1 Dieta líquida/pastosa		24		36.7 69	
2 Soro Fisiológico 0,9% 1000 mL EV - 14 gts/ min correr em 24 hs		24		37.9 90	
3 Ceftriaxona 1g + AD 12/12hs EV		24		36.7 69	
4 Decadron 4mg + AD 8/8h EV		24		36.7 69	
5 Dipirona 2ml + AD 6/6hs EV SOS		24		36.7 69	
6 Ranitidina 50mg +AD 8/8hs EV		24		36.7 69	
7 Cabeceira elevada a 30 graus		24		36.7 69	
8 HIGIENE ORAL ESCOVAÇÃO + BOCICHECO COM CLOREXIDINA 0,12%		24		36.7 69	
9 Cuidados Gerais da enfermagem e Sinais Vitais de 6/6hs		24		36.7 69	
10 Tiliatil 20 mg EV 12/12h		24		36.7 69	

SALDANHA  
 Clínica de Cirurgia Bucal  
 Rua...  
 64001-1847



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE <i>Guilherme Henrique Macedo de Sales</i>		UNIDADE DE SAÚDE <i>Unidade de Saúde dos Jards</i>				
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	Nº DE REGISTRO	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	ALTURA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO						
SISTEMA RESPIRATÓRIO						
SISTEMA DIGESTIVO						
ESTADO MENTAL						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						
AGENTES ANESTÉSICOS						
LÍQUIDOS						
TEMPERATURA T						
P. ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS						
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						
INCIDENTE - ACIDENTE						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO (IMEDIATAS)						

*Corina Cardoso Maia Soares*  
Anestesiologista  
CRM-PI 2111

*12/10*

MOD 76 - HUT







## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOENIA MARIA SILVA DOS ANJOS** (Prontuário: 347066)  
Endereço: RUA NAMBU 7561 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 20/04/2000 Idade: 14a:11m:24d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 459663  
Requisição: 513850 Solicitação: 16/03/2015 Solicitante: LAURINDO DE SOUSA BRITTO JUNIOR  
Controle: 650109 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 16/03/2015

### T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURA ALINHADA NA REGIÃO MENTONIANA DA MANDÍBULA COM PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSSÍNTESE.
- NOTAMOS AINDA FRATURAS NO REBORDO ALVEOLAR MAXILAR DA REGIÃO PARAMEDIANA ESQUERDA E NA BASE DO CÔNDILO MANDIBULAR ESQUERDO.
- SEIOS MAXILARES, FRONTAIS E SEIO ESFENOIDAL COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULAS ETMOIDAIAS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIAS LIVRES.

(KARLA FERNANDA)

TERESINA - PI 16/03/2015

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

HUT - SAME  
CORRIGIR COM O ORIGINAL  
SERVIDOR: [Assinatura]





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOENIA MARIA SILVA DOS ANJOS** (Prontuário: 347066)  
Endereço: RUA NAMBU 7561 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 20/04/2000 Idade: 14a:10m:1d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 126667  
Requisição: 501869 Solicitação: 31/01/2015 Solicitante: MARIA CANDIDA DE ALMEIDA LOPES  
Controle: 635514 Convênio: S U S CLÍNICA CIRÚRGICA - P08 ENFERMARIA 217 LEITO 162

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204010128

Data Exame: 31/01/2015

### FACE

O estudo radiológico da face foi realizado em duas incidências.  
Os seguintes aspectos foram observados:

- CONTROLE DE OSTESSÍNTESE DE FRATURA NO CORPO DA MANDÍBULA.
- PRESENÇA DE MINIPLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS.

(ANTONIO

TERESINA - PI 21/02/2015

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável

Data Exame: 31/01/2015

HUT  
TERESINA-PI  
SERVIDOR  
17-03-2015





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

### LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOENIA MARIA SILVA DOS ANJOS (Prontuário: 347066)**  
 Endereço: RUA NAMBU 7561 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 20/04/2000 Idade: 14a:9m:11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 450661  
 Requisição: 501793 Solicitação: 31/01/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 635424 Convênio: S U S

#### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 31/01/2015

#### T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS EM REGIÃO MENTONIANA DA MANDÍBULA, EM BASE DO CÔNDILO MANDIBULAR ESQUERDO E EM OSSO MAXILAR À ESQUERDA.

(ANTONIO

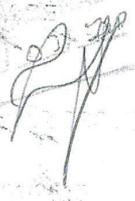
TERESINA - PI 31/01/2015

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA-MATOS**

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

Data Exame: 31/01/2015

  
 COPIA  
 TERESINA  
 31/01/2015





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOENIA MARIA SILVA DOS ANJOS (Prontuário: 347066)**  
 Endereço: RUA NAMBU 7561 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 20/04/2000 Idade: 14a:9m:11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 450661  
 Requisição: 501792 Solicitação: 31/01/2015 Solicitante: FABIO MÁRCOS DE SOUSA  
 Controle: 635423 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 31/01/2015

### T.C. DE CRANIO

**TÉCNICA:** Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

#### RELATÓRIO:

- PARENQUIMA 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.

(ANTONIO

TERESINA-PI 31/01/2015 450661

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

Data Exame: 31/01/2015

HUT - SAME  
 COMPRE CONDIÇÃO ORIGINAL  
 TERESINA, 31/01/2015  
 SERVIDOR: 17/01/2015





## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOENIA MARIA SILVA DOS ANJOS** (Prontuário: 347066)  
Endereço: RUA NAMBU 7561 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 20/04/2000 Idade: 14a:9m:11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 450661  
Requisição: 501791 Solicitação: 31/01/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 635422 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 31/01/2015

### US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- ATT Paciente sem queixas abdominais, orientada, responsiva, encaminha para a realização de US abdominal (??).
- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga vazia.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

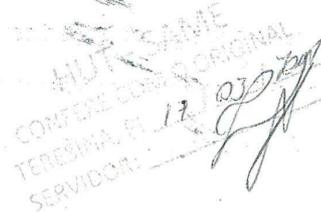
(DANIEL AUGUSTO)

TERESINA - PI 31/01/2015

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOENIA MARIA SILVA DOS ANJOS** (Prontuário: 347066)  
 Endereço: RUA NAMBU 7561 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 20/04/2000 Idade: 14a:10m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 450661  
 Requisição: 501790 Solicitação: 31/01/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 635421 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 31/01/2015

### BACIA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA, os seguintes aspectos observados:

- Extremidades ósseas e superfícies articulares sem anormalidades.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(ANTONIO

TERESINA - PI 18/02/2015

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

HUT  
 COMPRE ENEM O ORIGINAL  
 TERESINA, 17 02 2015  
 SERVIDOR: [Assinatura]





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOENIA MARIA SILVA DOS ANJOS** (Prontuário: 347066)  
 Endereço: RUA NAMBU 7561 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 20/04/2000 Idade: 14a:10m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 450661  
 Requisição: 501790 Solicitação: 31/01/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 635420 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 31/01/2015

### TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.  
 Os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(ANTONIO

TERESINA - PI 18/02/2015

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

HUT - SA...  
 COMERCIAL...  
 TERESINA, PI...  
 SERVIDOR...  
 17/02/2015





## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOENIA MARIA SILVA DOS ANJOS** (Prontuário: 347066)  
Endereço: RUA NAMBU 7561 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 20/04/2000 Idade: 14a:10m:29d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 450661  
Requisição: 501790 Solicitação: 31/01/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 635419 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 31/01/2015

### PUNHO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

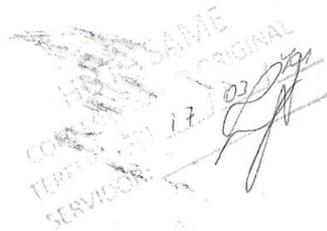
(ANTONIO

TERESINA - PI 18/02/2015

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Joãnia Maria Silva dos Anjos  
Nacionalidade Brasileira Natural Teresina  
Estado Civil solteira RG n.º 4.096.061  
Profissão Estudante CPF n.º 079.514.653-13  
Endereço Rua Carabobei, 7561  
Bairro VILA DO AVIAO CEP 64.065-280  
Município TERESINA

OUTORGADO: **GUSTAVO HENRIQUE MACÊDO DE SALES**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PI sob o n.º 6919, Rua Acésio do Rêgo Monteiro N° 1799, Ininga, Teresina- Piauí.

PODERES: Através do presente instrumento particular de mandato, outorgo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

TERESINA /PI, 21 de JANEIRO de 2016.

Joãnia Silva Dos Anjos

OUTORGANTE





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001376/2015-94**

Localidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Resp. pelo Registro: Kátia Maria Evangelista

Data/Hora: 25/03/2015 - 10:57

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

VILA DO AVIÃO, Nº:

Complemento

Data/Hora

31/03/2015 09:22



Bairro

PEDRA MOLE

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JOANA MARIA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RUA CARAMBEI, Nº 7561

Bairro: PEDRA MOLE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9474-4624

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: JOÊNIA MARIA SILVA DOS SANTOS

Endereço: VILA DO AVIÃO, Nº 7561

Bairro: PEDRA MOLE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O DECLARANTE COMUNICA QUE SUA FILHA VÍTIMA QUALIFICADA ACIMA, ANDAVA DE BICICLETA QUANDO FOI ATRÓPELADA PELO VEÍCULO ÔNIBUS 136 DA EMPRESA ASA BRANCA PLACA NIS-1304-PI, FICANDO LESIONADA, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU, CONFORME CHAMADA Nº 4683, E LEVADA AO HUT, CONFORME PRONTUÁRIO Nº 347068. AS DECLARAÇÕES PRESTADAS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Francisco Ribeiro De Sousa - Mat. 0093548  
 AGENTE DE POLÍCIA

JOANA MARIA DA CONCEIÇÃO - Noticiante  
 Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES  
 Delegada de Polícia



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 4.096.061 | DATA DE EXPEDIÇÃO: 04/08/14

NOME: JOENIA MARIA SILVA DOS ANJOS

FILIAÇÃO: JOANA MARIA DA CONCEIÇÃO  
JOÃO SILVA DOS SANTOS

NATURALIDADE: TERESINA-PI | DATA DE NASCIMENTO: 20/04/2000

DOC. ORIGEM: CERT. NASC. 5208 LAE18 F 108  
EXP TERESINA-PI 04/10/02

TERESINA-PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63 - DECRETO Nº 89.250/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número: 079.514.653-13  
Nome: JOENIA MARIA SILVA DOS ANJOS  
Nascimento: 20/04/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
C4B2.60D4.55D9.0F6A

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 15:51:39 do dia 23/02/2015 (hora e data de Brasília)  
dígitos verificador: 00

CPF - Comprovante de Inscrição

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

JOENIA MARIA SILVA DOS ANJOS

CPF: 079.514.653-13

SECRETARIA DE IDENTIDADE





**Dados do Chamado**

01 Nº. do chamado: 02-SD - 4683  
 02 Data do chamado: 31 | 01 | 20 | 15  
 03 PRO (código): 2 | 8 | 4 | 8  
 04 Saída do PA: 09:33  
 05 Chegada ao local: 10:07

06 Saída do local: 10:09  
 07 Chegada ao 1º. hospital: 10:36  
 08 Saída do 1º. hospital:  
 09 Chegada ao 2º. hospital:

**Local da Ocorrência**

10 Endereço: Av. Carapaua  
 11 Bairro: Ul. Auro  
 12 Município-UF:  
 Código IBGE:  
 13 Ponto de referência:

**Dados do Paciente**

14 Nome: Josenia Me. Silva dos Anjos  
 15 Sexo:  1 - Masculino  
 2 - Feminino  
 9 - Ignorado

16 Idade: 14  1 - Dia  
 2 - Mês  
 3 - Ano  
 9 - Ignorado  
 Se idade ignorada, preencha com 999

17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?  
 1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado

**Tipo de Ocorrência**

18 Tipo de ocorrência

01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros
02 - Agressão física-espantamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	
03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	17 - Já removido
04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência	18 - Falso chamado
05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares	

**Acidente de Transporte**

19 Vítima  20 Meio de locomoção  21 Outra parte envolvida  22 Equipamentos de segurança

1 - Pedestre  
 2 - Condutor  
 3 - Passageiro  
 9 - Ignorado

1 - A pé  
 2 - Automóvel  
 3 - Motocicleta  
 4 - Bicicleta

5 - Ônibus/Micro-ônibus  
 6 - Outro  
 9 - Ignorado

1 - Automóvel  
 2 - Motocicleta  
 3 - Ônibus/Micro-ônibus  
 4 - Bicicleta

5 - Objeto fixo  
 6 - Animal  
 7 - Outra  
 9 - Ignorado

Capacete  Airbag  
 Cinto de segurança  
 Assento para criança

**Exame Físico**

23 Glasgow = 15

RESPOSTA VERBAL: 5-Orientada, 4-Confusa, 3-Palavras inapropriadas, 2-Palavras incompreensíveis, 1-Nenhuma

RESPOSTA MOTORA: 6-Obedece a comandos, 5-Localiza dor, 4-Movimento de retirada, 3-Flexão anormal, 2-Extensão anormal, 1-Nenhum

24 Sinais Vitais: Pulso 72, Resp. 20, PA, TAX., SatO2 99%

25 Local da lesão:

26 Pupilas: 1-Iguals, 2-Desiguais

27 Pulso Radial  Central   
 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente

28 Sangramento   
 1 - Sim 2 - Não

29 Dor   
 ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 Sem Dor, 3 Leve, 7 Moderada, 10 Intensa

30 Fratura 1 - Sim  Exposta  Fechada  2-Não  3-Suspeito

**Assistência**

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)

<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Prancha longa/curta	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades	<input type="checkbox"/> Glicemia
<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/> Calor cervicaç	<input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso
<input checked="" type="checkbox"/> Curativos	<input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____

**Hospital de Destino**

32 Hospital de Destino: HUT  Não Removido

33 Condições de entrada   
 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado

34 Óbito   
 Antes do socorro  Antes do transporte  Durante o transporte

**Observações Interdisciplinar**

Pte # 14 anos, ultima de colisão ônibus vs bicicleta apresentando excoriações em face com perda de tecido em nariz + excoriações pelo corpo. Consciente, orientado, fala, pupilas. Nega: desmaio, vômitos, vertigens, suor údido, alergias. Acetilida no class. de risco em uso

CONFERE COM O ORIGINAL

Mafra Veloso Cantanhede  
 Gerente Administrativa SAMU

**Responsável pela recepção**

Socorristas Médico: AE/TE: M. [assinatura]  
 Enfermeiro: [assinatura]  
 Condutor: C. [assinatura]





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuario:

347066

Internação:

126667

## RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>JOENIA MARIA SILVA DOS SANTOS</b>				
End. Resid.: RUA ANABU 7561 - PEDRA MOLE				
Cidade: TERESINA - PI			CEP: 64000-010	
Sexo: Feminino	Nascimento: 20/04/2000	Idade: 14a:9m:11d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: ESTUDANTE
Admissão: 31/01/2015	G. Instrução: Médio	Fone: 86-9578-2222	Cartão SUS (CNS): 898002173917052	Procedência: TERESINA
Pai:		Mãe: JOANA MARIA DA CONCEICAO		
Responsável: JOENIA MARIA SILVA DOS SANTOS				
End. Responsável: RUA ANABU 7561 - PEDRA MOLE TERESINA - PI 64000-010				
Documento: RG: 4096061 - SSP PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO PEDESTRE/ATROPELAMENTO				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 31/01/2015	Hora: 14:47	Data: 02/02/15	Hora:	P.A. TEMPORARIO
<b>Diagnóstico de Admissão:</b> Procedimento: 0404020500 - OSTEOSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA CID 10: S026 - Fratura de mandíbula				
<b>Diagnóstico de Alta:</b> Procedimento: <i>osteossíntese de fratura simples de mandíbula</i> CID 10: <i>S02.6</i>				
<b>Tratamento Realizado:</b> <i>Redução de fratura mandibular.</i>				
<b>Exames Realizados:</b>				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

*02, 02, 15*

Data

Dr. José Carlos O. Gomes Filho  
Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial  
Implodontologia Patologia Oral  
CRO-PI 2200

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



**CARTÓRIO**  
**IVONE ARAÚJO LAGES**  
3º CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL  
3ª CIRCUNSCRIÇÃO DESTA CAPITAL  
ESTADO DO PIAUÍ – COMARCA DE TERESINA  
Rua Álvaro Mendes, 1431 – Centro – Tel.: 221- 0630



**Ivone Araújo Lages**  
Oficial do Registro Civil

**Tyciana Araújo Lages**  
Escrivã Substituta

### CERTIDÃO DE NASCIMENTO Nº 5208

Certifico que às folhas 108 do livro nº 18-AE do REGISTRO DE NASCIMENTO foi lavrado o assento de **JOËNIA MARIA SILVA DOS ANJOS**, do sexo feminino, nascida no dia 20-04-2000 (vinte de abril de dois mil), às 10:05h, em Teresina-PI no(a) MATERNIDADE D.EVANGELINA ROSA.

Filha de: **JOÃO SILVA DOS ANJOS** e **JOANA MARIA DA CONCEIÇÃO**.  
Sendo avós paternos: **BERNARDO JOSÉ DOS ANJOS** e **LUIZA PEREIRA DA SILVA**  
e maternos: ..... e **FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO**.

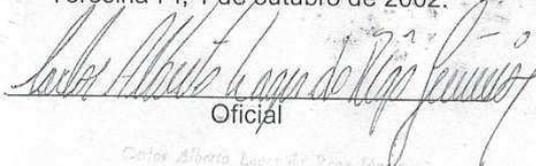
Foi declarante o pai.

Observações: O registro foi feito no dia 1 de outubro de 2002.

O referido é verdade e dou FÉ.

3º CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL  
Nascimento, Casamento e Óbito  
Rua Álvaro Mendes, 1431 Centro  
Teresina – Piauí

Teresina-PI, 1 de outubro de 2002.

  
Oficial

*Carla Alberta Lages de Sousa Júnior*  
Escrivã Substituta





NOME DO PACIENTE: João Maria Silva dos Santos  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 347066

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
**"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO**  
**INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS"**





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

- G. Placowos  
 - C. S. SUS  
 - Orto Pely

Imp: 31/01/2015 10:44:36

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: <b>JOENIA MARIA SILVA DOS SANTOS</b>		Prontuário: <b>347066</b>
Mãe: <b>JOANA MARIA DA CONCEICAO</b>	Pai:	
End.Resid.: <b>RUA ANABU 7561 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>		
Nascimento: <b>20/04/2000</b>	Idade: <b>14a:9m:11d</b>	Sexo: <b>Feminino</b> Fone: <b>86-9578-2222</b>
Responsável: <b>JOENIA MARIA SILVA DOS SANTOS</b>	CNS: <b>898002973917052</b>	
Profissão: <b>ESTUDANTE</b>	Documento: CPF: <b>-</b>	
G. Instrução: <b>Médio Incompleto</b>	E.Civil: <b>Solteiro(a)</b>	
End.Local.: <b>- - -</b>		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: <b>450661</b>	Data: <b>31/01/2015 10:37:40</b>	Condução: <b>AMBULANCIA DO SAMU</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO PEDESTRE/ATROPELAMENTO</b>		Convênio: <b>S U S</b>
Acid.Trab.: <b>Não</b>	Caso Policial: <b>Não</b>	Pl.Saúde: <b>Não</b> Trauma: <b>Não</b> Maus Tratos: <b>Não</b>

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

Sinal/Sintoma: <b>TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO</b>	Evento Principal: <b>Mecanismo de trauma significativo</b>	Destino: <b>CONSULTORIO URGÊNCIA</b>	Classificação: <b>Laranja</b>
Breve História: <b>ERA CICLISTA DURANTE COLIÇÃO COM ÔNIBUS, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA. SINAIS DE TRAUMA INTENSO EM FACE, LESÃO PROFUNDA DE +-5CM DE COMPRIMENTO EM NARIZ, DEMAIS LESÕES EM FACE COM CURATIVO OCLUSIVO, ESCORIAÇÕES PELO CORPO. DOR:5 GLICEMIA:180</b>		Ass.Profissional Acolhimento:	

HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 TERESINA, PI 31/01/2015  
 SERVIDOR

**DADOS CLÍNICOS: (Hora: 11 : 00)**

Paciente vítima de colisão com ônibus há 2 horas, opresentando lesões contusivas em face em diversos lugares. Ryeu dor em quadril esquerdo. Abdomem inocente indolente a palpação.

Cranio + face  
 31 01 15 às 11:48

PA <u>X</u> mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:			CID:

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

Dilatação de 4x mm  
 SE DOR 1000 mg W  
 Diclofenac 4mgul + 300 W

**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

DATA: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	HORA: <u>  </u> : <u>  </u> : <u>  </u>	Se internação, indique o Procedimento e CID
		Procedimento: _____ CID: _____

*Joenia Silva dos Santos*  
 assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico







### EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Nome: <i>Joenia M<sup>a</sup> silva dos santos</i>		Prontuário: <i>347066</i>	
Idade: <i>34a</i>	Profissão:	Naturalidade:	Procedência:
<b>DATA</b>			
<i>31.03.15</i>	<i>18:00 - Admitido neste setor vindo SRPA em POI Osteossintese mandibular. Consciente, orientado, resp. ao ar ambiente, aciano ticc. Denonhece alergia medicamentosa e patologia crônica. Escoriações em face. AUP por via e funcionante em MSD. Diurese espontânea.</i>		
<i>01.04.15</i>	<i>9h - Paciente segue 1º DPO de fratura mandibular, consciente, orientada, sóbria, disorientada, eupnóica, com escoriações em face. Acita dieta operada, com sono e repouso insatisfatório. Diurese espontânea. Em AUP via funcional em MSD.</i>		
	<p><i>Dusa Mara Bezerra Policial PO</i>  <b>ENFERMEIRA</b>          COREN-PI 432.603</p>		
	<p>HUI - TERESINA          COMISSÃO DE QUALIDADE          TERESINA - PI          03/04/15</p>		



# SUMÁRIO DE ALTA

	<b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02	Prontuario: 347066
		Internação: 12000

Nome: **JOENIA MARIA SILVA DOS SANTOS**  
 End. Resid.: RUA ANABU 7561 - PEDRA MOLE  
 Cidade: TERESINA - PI CEP: 64000-010

Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Feminino	20/04/2000	14a:9m:11d	Solteiro(a)	ESTUDANTE

Internação		Alta		Permanência
Data	Hora	Data	Hora	
31/01/2015	14:47	02/02/15	08:00h	

**Diagnósticos:**

CID	Cod. CID:
CID Principal: <i>fratura mandibular</i>	5026
CID Secundário:	
CID Causa Morte:	

**SITUAÇÃO NA ADMISSÃO** (condições clínicas + resultados de exames importantes):  
*paciente admitido com fratura de queixo e abcesso da mandíbula*

**EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:**

HUT - SAME  
 CONFERÊNCIA SEMESTRAL  
 TERESINA - PI 17/02/2015  
 SERVIDOR: *[Assinatura]*

**MEDICAÇÕES:**

**CIRURGIA:** Data: *01/01/15* Tipo: *Redução de fratura mandibular*

**PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:**  
*Acompanhamento HUT*

**Tipo de Alta:** ( ) Curado (  ) Melhorado ( ) Pedido ( ) Evasão ( ) Administrativa  
 ( ) Óbito ( ) Transferência outro serviço ( ) Outro motivo.

**TRANSFERÊNCIA:**  
 Vaga cedida por: \_\_\_\_\_ Transporte: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

*Dr. José Carlos O. Gomes Filho*  
 Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial  
 Implantação e Prótese Oral  
 CRO-PI 2200  
 Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Resi







PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 31/01/15

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>Jenifer Maria Silva dos Santos</u>	PRONTUÁRIO N°: _____
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>General</u>	N° DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>Dr. _____</u>	CPF N°: _____
AUXILIAR: _____	CPF N°: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Corina</u>	CPF N°: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Jovencio</u>	CPF N°: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N°15	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA N° 7.0	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA N° 7.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	—	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRADO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES <u>S.O</u>	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO N° <u>20</u>	UNID.	01		<u>Escovas</u>	und	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	<u>ocorrência Eletrodos und - 05</u> <u>luvas cirurg. n° 6.5 pac - 02</u> <u>Aciflex N° 1 und - 01</u>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: _____			
VICRYL <u>4-0</u>	und	02		CIRCULANTE: <u>Deimar</u>			
PROLENE							





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Imp: 31/01/2015 10:37:40  
 (ELISANGELA ANDRADE)

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> JOENIA MARIA SILVA DOS SANTOS		<b>Prontuário:</b> 347066
<b>Mãe:</b> JOANA MARIA DA CONCEICAO	<b>Pai:</b>	
<b>End.Resid.:</b> RUA ANABU 7561 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 20/04/2000	<b>Idade:</b> 14a:9m:11d	<b>Sexo:</b> Feminino <b>Fone:</b> 86-9578-2222
<b>Responsável:</b> JOENIA MARIA SILVA DOS SANTOS	<b>CNS:</b> 898002973917052	
<b>Profissão:</b> ESTUDANTE	<b>Documento:</b> CPF:	
<b>G. Instrução:</b> Médio Incompleto	<b>E.Civil:</b> Solteiro(a)	
<b>End.Local.:</b> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 450661	<b>Data:</b> 31/01/2015 10:37:40	<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO PEDESTRE/ATROPELAMENTO		<b>Convênio:</b> S U S
<b>Acid.Trab.:</b> Não	<b>Caso Policial:</b> Não	<b>Pl.Saúde:</b> Não <b>Trauma:</b> Não <b>Maus Tratos:</b> Não

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

**Data/Hora Solicitação:** \_\_/\_\_/\_\_ :\_\_ **ESPECIALISTA:**

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:**  
 O MOTIVO É A PACIENTE  
 ACIDENTE DE TRÂNSITO

Carimbo/Assinatura Solicitante

**DADOS DO PARECER: Data/Hora:** \_\_/\_\_/\_\_ :\_\_

17/03/2015

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

**Data/Hora Solicitação:** \_\_/\_\_/\_\_ :\_\_ **ESPECIALISTA:**

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:** Cirurgia Plástica. Paciente com escoriações e lacerações na face. Ed: sutura com anestesia local. Alta de cirurgia plástica com orientações

Carimbo/Assinatura Solicitante

**DADOS DO PARECER: Data/Hora:** \_\_/\_\_/\_\_ :\_\_

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





Seguradora Líder - DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2015

Carta nº: 7150220

A/C: JOAO SILVA DOS ANJOS

Sinistro: 3150337305  
Vitima: JOENIA MARIA SILVA DOS ANJOS  
Data Acidente: 31/01/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO SILVA DOS ANJOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000047594-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =

R\$ 3.375,00

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 3.375,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00549/00550 - carta\_15R



00040275

