

PROCURAÇÃO "AD - JUDICIA"

OUTORGANTE: **CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO**, brasileira, casada, lavradora, RG nº 1.891.982, CPF nº 008.067.203-52, (89) 99423-9145 residente e domiciliada, CJ RESIDEN JOAQUIM ANTONIO NETO, Casa 10, Multirão, São Miguel do Fidalgo, CEP 64558.000.

OUTORGADO: **Fábricio de Moura Sousa**, solteiro, inscrito na OAB-PI N° 13.309, **Brenno Alves Carvalho Chaves**, solteiro, inscrito na OAB-PI N° 16.214, com escritório na Rua Coronel Mundico Sá, nº 275-A, Centro, na Cidade de Oeiras-PI, CEP nº 64500-000, onde recebe informações e notificações.

PODERES: Nos termos do Artigo 105 do Código de Processo Civil, os contidos na clausula "*ad judicia et extra*", para, em nome do outorgante, em qualquer Juizo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses da outorgantes nas contrárias, seguindo umas e outras, até o fim da decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, afirmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido, renunciar a direito no qual se funda ação agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Oeiras-PI, 29 de agosto de 2018.

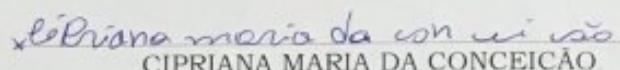
Cipriana maria da conceição
CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO

Rua Coronel Mundico Sá, 275-A, Centro, Oeiras-PI, CEP 64500-000
(89) 99972-6720 (89) 99401-6900 (89) 98818-3847 (89) 3462-2655
fabriciomoura.pi@hotmail.com

Declaração de Pobreza

CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO, brasileira, casada, lavradora, RG nº 1.891.982, CPF nº 008.067.203-52, (89) 99423-9145 residente e domiciliada, CJ RESIDEN JOAQUIM ANTONIO NETO, Casa 10, Multirão, São Miguel do Fidalgo, CEP 64558.000, desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Oeiras, 29 de agosto de 2018.


CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.891.982 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/11/17

NOME CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO TERESINHA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE SÃO JOSÉ DO PEIXE-PI DATA DE NASCIMENTO 21/03/79

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 4854 L 6 F 10V

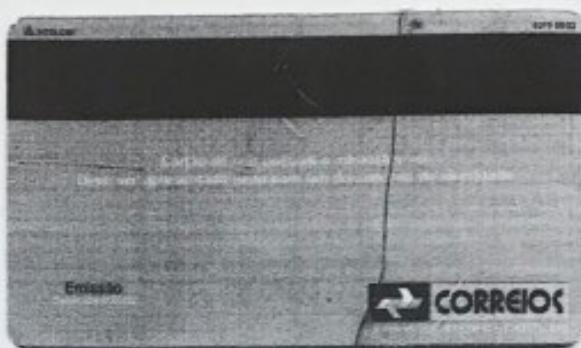
CPF EXP SÃO JOSÉ DO PEIXE-PI 28/11/80

008.067.203-52

1090528

Assinatura de Chegas Pinheiro Moreira

LIC NP 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 22.350/83





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 308957.000028/2018-20

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Ivan Monteiro De Carvalho

Data/Hora: 16/07/2018 - 11:38

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE SÃO MIGUEL DO FIDALGO

Data/Hora
14/07/2017 - 17:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
SÃO MIGUEL DO FIDALGO

Bairro
INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço
PI-241, LOCALIDADE BOA FÉ, N°:
Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1.891.982 SSPPI PI

Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RESIDENCIAL JOAQUIM ANTONIO NETO, CASA 10, N°

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: SÃO MIGUEL DO FIDALGO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam: Cor:

1 - HONDA. POP100

2015 PIB5289 9C2HB0210FR412602

01026335873 Branca

Condutor: A PRÓPRIA VÍTIMA/NOTICIANTE

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro:

Proprietário: ADRIANA COUTINHO TEIXEIRA COSTA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA a noticiante que no dia 14/07/2017, por volta das 17:00 horas, sofreu um acidente de trânsito (de motocicleta) na PI-241, na Localidade BOA FÉ, na zona rural da cidade de São Miguel do Fidalgo-PI, quando conduzia, sozinha, a motocicleta de marca HONDA/POP 100, COR BRANCA, ANO 2014, MODELO 2015, PLACA: PIB-5283/PI, RENAVAM: 01026335873, CHASSI: 9C2HB0210FR412602, de propriedade da senhora ADRIANA COUTINHO TEIXEIRA COSTA; QUE na ocasião a noticiante diz que saiu de sua casa com destino à uma roça, quando de repente se perdeu (SOBROU) em uma curva, vindo a sair da pista de rolamento, adentrar no matagal e cair ao chão; QUE em consequência da QUEDA a noticiante FRATUROU a CLAVÍCULA DIREITA e TRÊS COSTELAS, também lado direito; QUE após o acidente a noticiante foi socorrida pela AMBULÂNCIA da cidade de São Miguel do Fidalgo e trazida para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Oeiras-PI; QUE ainda no mesmo dia foi encaminhada para o Hospital da Polícia Militar (HPM) na cidade de Teresina-PI, onde foi submetida a cirurgia.

Ivan Monteiro De Carvalho - Mat. 108410X
AGENTE DE POLÍCIA

CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO - Noticiante
Responsável pela Informação



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 308957.000028/2018-20

Det. Francisco Rodrigues da Silva
Delegado de Polícia
Delegado de Polícia
Matr.: 1688148

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
GERÊNCIA DE POLICIA DO INTERIOR
10ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE OEIRAS
FONE (89) 3462-1313



Certidão de Inexistência de I.M.L.

CERTIFICO a requerimento de parte interessada, senhor(a) **CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO** - R.G nº 1.891.982 SSP-PI, C.P.F nº 008.067.203-52, que na cidade de OEIRAS-PI e região, não existe IML (Instituto de Medicina Legal), acrescentando que o único do Estado do PIAUÍ está localizado em Teresina-PI, distante 330 km.

Era o que tinha a certificar. Eu, Ivan Monteiro de Carvalho, escrivão AD-HOC que o digitei.

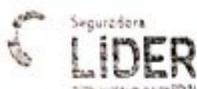
Oeiras-PI, 16 de Julho de 2018.

Ivan Monteiro de Carvalho

Bel. IVAN MONTEIRO DE CARVALHO

Agente de Polícia - Mat. 108410-X

Escrivão AD-HOC



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 da VITIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CIPRIANA MEJIA DA CONCEIÇÃO

CPF da Vítima

008.067.203-52

Data do Acidente

14/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDC)

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:

Assinatar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da respectiva pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

OEIRASPI 20 de Julho 2018

Local e Data

+ Cipriana maria da conceição

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL 001 V001/2017

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO,
RG nº 1.891.982, data de expedição 14/13/17, Órgão SSP-PI,
CPF nº 008.067.203-52, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>CJ RESIDEN JOAQUIM ANTONIO NETO</u>
Número	<u>CASA 10</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>MULTIRÃO</u>
Cidade	<u>SÃO MIGUEL DO FIDALGO</u>
Estado	<u>PIAVI</u>
CEP	<u>64.558-000</u>
Telefone de Contato	<u>(89)99401-6900</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

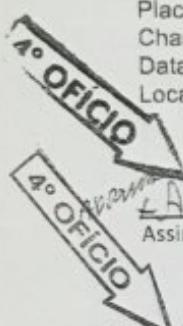
Local e Data: Oeiras-PI, 20 de Julho de 2018.

Assinatura do Declarante: Cipriana maria da conceição

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ADRIANA COUTINHO TEIXEIRA COSTA,
RG nº 2.254.469, data de expedição 14/06/07,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 000.396.993-55, com
domicílio na cidade de SEU MENDOZA FIOZ (6a) no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Centro Residencial Pauw N°, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima CIPRINA MARIA DA CONCEIÇÃO cujo o condutor era
CIPRINA MARIA DA CONCEIÇÃO.

Veículo: PAS - MOTOCICLO
Modelo: Honda - POP 100
Ano: 2014
Placa: PZB-5289
Chassi: 9C2MB0210FR412602
Data do Acidente:
Local e Data:



Adriana Coutinho Teixeira Costa
Assinatura do Declarante

CIPRINA MARIA DA CONCEIÇÃO
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (0xx89) 3462-1251 / 9402-9315
e-mail: cartorioevangelina@gmail.com

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ADRIANA COUTINHO TEIXEIRA COSTA, DOU FE, EM TESTIMÔNIO DA VERDADE.
OEIRAS-PI, 13/07/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,24 Selos: 0,26 Total: 4,71
Selos: 110-57291 (F30P19)

EISANGELA MAURIZ DE SA SIQUEIRA ESCRIVENTE AUTORIZADA

EVANGELINA DE CARVALHO SA E FESTAS - TABIÚA EULVANE MAURIZ DE SA E SILVA EISANGELA MAURIZ DE SA SIQUEIRA

GILIANDA OLIVEIRA DE SOUSA

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (0xx89) 3462-1251 / 9402-9315
e-mail: cartorioevangelina@gmail.com

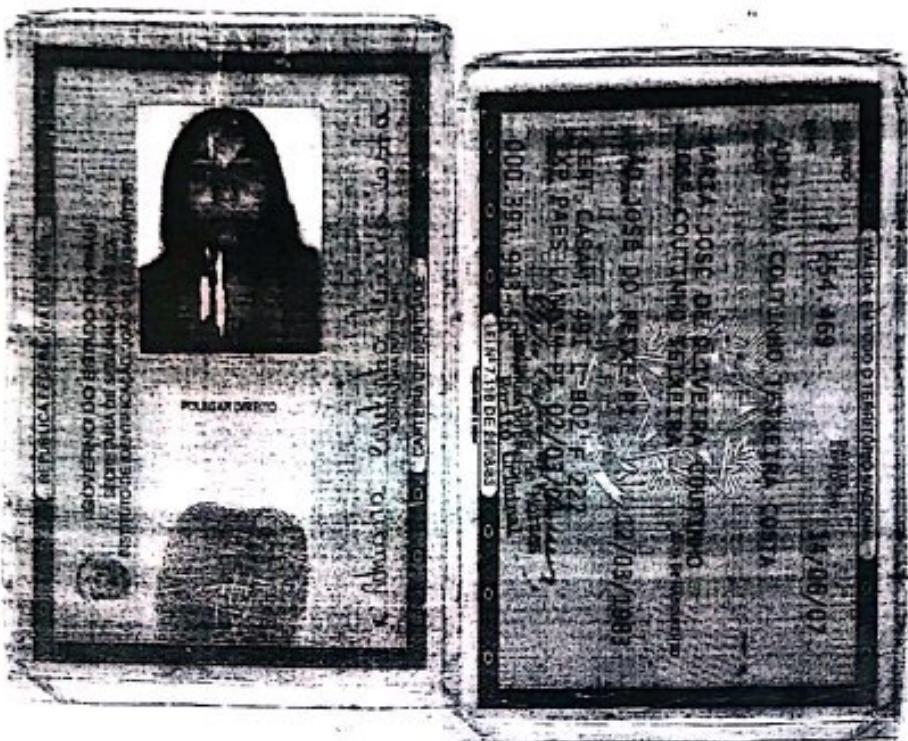
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: CIPRINA MARIA DA CONCEIÇÃO, DOU FE, EM TESTIMÔNIO DA VERDADE.
OEIRAS-PI, 16/07/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,24 Selos: 0,26 Total: 4,71
Selos: 110-57337 (F30P21)

EULVANE MAURIZ DE SA E SILVA ESCRIVENTE COMPROMISSADA

EVANGELINA DE CARVALHO SA E FESTAS - TABIÚA EULVANE MAURIZ DE SA E SILVA EISANGELA MAURIZ DE SA SIQUEIRA

GILIANDA OLIVEIRA DE SOUSA

POR AUTENTICIDADE



Scanned with CamScanner

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM PLATE C. EXERCÍCIO
1 01026335873 2017

0152
0140
6241
6370
062
7766
6531
4e71
c609
3d11
5917

ADRIANA COUTINHO VASCONCELOS COSTA

CPF / CNPJ P.L.C.A.
00039199355 PIB-5289

PLACA ANT. LEI CHASSI
9C2RB0210FR412602

ESPECIE / TIPO COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLE / NENHUMA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA / POP100 2014 2015

CAP / POT / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
02P/0097CC PARTICU BRANCA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. DOTAIS
I		1º IPVA
P		
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO 001 RE
A		2º PRECO

PRÉMIO TARIIFÁRIO
SEGURO E PAGO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES
A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS. NAC. HONDA

LOCAL DATA
SAO MIGUEL DO HIDALGO 01/11/2017

CONTRAN

SEGURADOR DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE: OU FOR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013156900965 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 01/11/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 00039199355 PIB-5289

RENAVAM MARCA / MODELO
01026335873 HONDA / POP100

ANO FAB. CADASTRO N.º CHASSI
2014 09 9C2RB0210FR412602

PREMIO TARIIFARIO

VALOR PREMIO TARIIFARIO PREMIO DE SEGURO (RS)
000,00 000,00 000,00

VALOR DO BILHETE (RS) VALOR DE SEGURO (RS)
000,00 000,00 185,50

DATA DE OUTAÇAO
22/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHAMPAZADA 2014

CHAMPAZADA 2014

UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-UPA 24 H
 Av. Totonho Freitas, 657 Ceiras Nova - Fone: 86 3234 7074
 CEIRAS-PI CEP: 64500-000 CNPJ: 06.553.564/0013-71

L.O
20
UPA
24h

Imp: 14/07/2017 18:12:05
 User: MARCELLA MARCOS
 Estação: UPA24h-PI

BOLETIM DE ENTRADA (BI)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO		Prontuário: 35076
Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO	Pai:	
End. Resid.: RUA PROJETADA - CENTRO - SAO MIGUEL DO FIDALGO - PI - CEP: 64556-000		
Nascimento: 21/03/1979	Idade: 38a:4m:23d	Sexo: Feminino Fone: - -
Responsável: O MESMO		
CNS:		
Profissão:		Documento: RG: 1.691.982 - SSP-PI
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 89491	Entrada: 14/07/2017 17:47:13	Convênio: S U S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	Múltiplo	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História Clas. Risco:		HIPERTENSÃO: PACIENTE CONDUZIDA PELA AMBULANCIA DE SAO MIGUEL DO FIDALGO, CONDUTOR (ERIVAN), REFERE ACIDENTE DE MOTO. TRAUMA CONTRA PAREDE, ALCOOLIZADA, NAO LEMBRA DO MOMENTO DO ACIDENTE, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA TRAUMA NA CABEÇA; FASICA, EM MACA, ORIENTADA; REFERE TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA, DOR E ESCORIACOES NO HIPOCONDRIOS DIREITO, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS, P.A= 130 X 87 MMHG; P= 85 BPM; SPO2= 98%; T.AX= °C	
IURI REIS FEITOSA COMEN-PI153392 Em: 14/07/2017 17:16:26			

Ass.Profissional Clas. Risco:					
SSVV:	(Hora: ____ : ____)				
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 m	IMC:	0,00 Kg/m ²
Pulse:	0	bp	Pressão:	0	mmHg

DADOS CLÍNICOS:

HIPERTENSÃO: PACIENTE CONDUZIDA PELA AMBULANCIA DE SAO MIGUEL DO FIDALGO, CONDUTOR (ERIVAN), REFERE ACIDENTE DE MOTO, TRAUMA CONTRA PAREDE, ALCOOLIZADA, NAO LEMBRA DO MOMENTO DO ACIDENTE, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA TRAUMA NA CABEÇA; FASICA, EM MACA, ORIENTADA; REFERE TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA, DOR E ESCORIACOES NO HIPOCONDRIOS DIREITO, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS, P.A= 130 X 87 MMHG; P= 85 BPM; SPO2= 98%; T.AX= °C

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX OMBRO D
 RX TORAX AP

PRESCRIÇÃO MÉDICA:	
SFO, 9% 500ML PMV 18:40 DIPIRONA 1AMP+AD EV 18:40 DECADROM+VOLTAREM, ASSOCIAR E FAZER IM RECUSOU *5F0,9% - 100 ml EV alerta Tumal 500mg - 1x 20 ml... DC: 05	
Dr. Marcelo Senna Costa de Oliveira Residente em Emergência COREN - PI 994201 Dalton P. de Sousa Tec. em Enfermagem COREN - PI 994403	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		
ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO	DATA: / /	HORA: / /

Lmanca da Jesus no sumitro

Assinatura Paciente ou Responsável

MARCELLA SILVA MARCOS
 CRMPI-174 Em: 14/07/2017 18:12:05



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
HRDC
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

SOLICITAÇÃO DE PARECER DO:

Nome do Paciente: Cipriano M. da Conceição Dat. Nasc.: / /
Clínica: _____ Ata: _____ Enf.: _____ Leito: _____

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Parente vítima de acidente motociclistico, estável hemodinamicamente. Apresenta fratura de clavicula-D, e fratura de ocos contábil(3) da diáfise. Sócio de muitos ouvintes e condutor! Grato!

Data: 14 / 07 / 2017

Assinatura: Dr. Neyton Rodrigo de S. Amorim
CRM-PI 6909

PARECER:

Data: 14 / 07 / 2017

Assinatura: Dr. José Augusto Soárez

Hospital Regional Deolindo Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586
Fone: (89) 3462-1213 - CEP: 64.500-000 - Oeiras-PI
C.N.P.J 06.553.564/0013-71

Dr. José Augusto Soárez
Ortopedista Especialista
CRM-PI 2052 IOT

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: _____

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: ____ / ____ / ____

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M			
0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA			
0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS			
0309010101 SONDAÇÃO ENTERAL			
0301100179 SONDAÇÃO GÁSTRICA			
0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO			
0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA			
0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO			
0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO			
0202010473 GLICEMIA CAPILAR			

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T			
0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA			
0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS			
0309010101 SONDAÇÃO ENTERAL			
0301100179 SONDAÇÃO GÁSTRICA			
0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO			
0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA			
0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO			
0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO			
0202010473 GLICEMIA CAPILAR			

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N			
0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA			
0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS			
0309010101 SONDAÇÃO ENTERAL			
0301100179 SONDAÇÃO GÁSTRICA			
0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO			
0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA			
0301100047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO			

Jailton P. de Sousa
Tec em Enfermagem
COREN: RJ-0324-03

HRDC**HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO**Av. Rui Barbosa, 586 - Oeiras-PI - Fone: (89) 462-1213
CEP 64.600-000
CNPJ 06.553.564/0013-71

(89) 97423-9145.

FOLHA DE ADMISSÃONome do(a) Paciente: Cipriano Maria da Conceição
Endereço: Rua Multinás Cidade S. Miguel do Rio das Estado PIRegistro do HRDC: 23772 Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome do Pai: _____

Nome do Mãe: Terezinha Maria da ConceiçãoNº Documento do Paciente: RC. I. 891.782 SSP/PI

Responsável: _____

Data do Nascimento: 01 / 03 / 1977 CNAE: 700 0011 5036 4462 SEXO: Masculino
Feminino CLÍNICAS: Médica: Cirúrgica: Obstétrica:
Psiquiátrica: Pediátrica: Outras: Data da Internação: 11 / 08 / 2017 Às 22:06 hsData da Alta: 11 / 08 / 2017 Às 00:00 hsANAMNESE: d - Marcha de 10km de Cidade
acelera, e cain no finalH.D =**RESUMO DA ALTA**

Condições de Alta:

Curado: Melhorado: Transferido: Óbito: Por evasão: A pedido: Data 11 / 08 / 2017Médico Responsável
CRM e CPF

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 23772

Nome.....: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO

Documento.....: 1.891.982 Tipo :

Data de Nascimento: 1/03/1979 Idade: 38 anos

Sexo.....: FEMININO

Responsavel.....: IGNORADO

Nome da Mae.....: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO

Endereco.....: LOCALIDADE MULTIRAO 00000 790001150364402

Bairro.....: ZONA RURAL Cap.: 64559-000

Telefone.....: 000089994239145

Municipio.....: 2210391 - - PI

Nacionalidade....: BRASILEIRO

Naturalidade....: PIAUI

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada..: 1 - RESIDENCIA

Clinica.....: 003 - CLINICA MEDICA

Leito.....: 333.0006

Data da Internacao: 11/08/2017

Hora da Internacao: 22:06

Medico Solicitante: 139.141.173-87 - ANTONIO REIS DE CARVALHO JUNIOR

Proced. Solicitado: NAO INFORMADO

Diagnostico.....: NAO INFORMADO

Identif. Operador.: CHAGAS SOUSA

SUS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

UNIDADE		Código / CNPJ 06.553.564/0013-71	
Nome HOSPITAL REGIONAL BEOLINDO COUTO	Endereço Av. Rui Barbosa, 586	Município OEIRAS	UF PI
CEP 64.500-000	FONE (89) 3462-1213		
ÓRGÃO EMISSOR			
PACIENTE	Nome do Paciente CLEIRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO		
	Endereço-Rua-Número VILA MULTRAC	Município PIAUÍ ALTO FERDINANDO	UF PI
	CEP 64.558-000	Data do Nascimento 01.03.1979	SEXO Masculino Feminino CONDIÇÃO Segurado Cônjuge Filho Outro Dep <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8
SEGURADO	Nome do Segurado PIS/PASEP Nº Individual Vínculo com a Previdência Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input checked="" type="checkbox"/> 9 CPF do Médico Solicitante 150 715.373-20 Proced. Solicitado 0100 008-8 Cart. Int. 02 Data Emissão 11.08.17 CPF Médico Responsável 138.141.173-82 Médico Responsável PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Causa Externa CNPJ da Seguradora		
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos <i>Indicação de internação de aci - dente de trânsito, CRM 1189</i>			
Condições que Justificam a Internação <i>O. anamnese clínica</i>			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas <i>Exame clínico + exame fisiológico + exames complementares</i>			
Diagnóstico Inicial FRACTURA DA VÍSCERA	Procedimento-Solicitado Intervenção Cirúrgica	Clínica Cirúrgica Obstétrica Cli. Médica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 Fisioterapeuta Psiquiátrica Pediátrica Outros <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input checked="" type="checkbox"/> 9	
Assinatura do Médico Solicitante (Esferográfica) <i>CRM 1189</i>		CRM 1189	Data 11.08.17.

MS-DATASUS
VERGÃO 14.10

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
ESPELHO DA AIH

PAG.: 42
APRESENTAÇÃO: 09 / 2017
DATA: 08/09/2017

O.E.: E22000001	ESFERA: PÚBLICO	Situação: EXP CRTADA	Tipo: 01-INICIAL	Apresentação: 09/2017	Data Autorização: 11 / 06 / 2017
Num AIH: 221710205876-5					
Especialid d.: 03 - CLINICOS	Órgão Emissor: E22000001	CRC: 0583C079FE			
Doc autorizanor: 70570945-436030	Doc med resp: 207264649980001	Doc diretor clínico: 207264649980001	Doc médico solicit: 170372001800007		
CNES: 277762 - HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO			CNS: 70000115036440-2		
Paciente: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO	Nacionalidade: 010 - BRASIL	Tipo Doc.: Identidade	Prontuário: 23772		
Data Nasc.: 01 / 03 / 1979	Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO	Nome da Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO	Doc: 1891982		
Sexo: FEMININO	Etnia: 0000-NAO SE APlica	Telefone: (89)6942-39145	Muda Proc.? : NÃO		
Responsável pac.: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO					
Endereço: ACESSO MULTIRAO	Bairro: ZONA RURAL				
Município: 221039 - SAO MIGUEL DO FIDALGO	UF: PI	CEP: 64558-000			
Procedimento solicitado: 03.01.06.008-8 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA					
Procedimento principal: 03.01.06.008-8 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA					
Diag. principal: S420-FRATURA DA CLAVICULA					
Complementar:					
Carater atendimento: 02 - URGENCIA					
Data Internação: 11 / 08 / 2017	Data saída: 12 / 08 / 2017	Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO	AIH Anterior:	AIH Posterior:	
Liberação SISAIH01:					
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]		CNAER: -			
CNPJ do Empregador: -		CBOR: -			
Vínculo Previdência:					

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor pf. Qtde. Cmpt.	Descrição
Linha Procedimento:					
2 0301010170 170372001800007 225125	2777762	2777762	1 08/2017 CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO		

CID SECUNDÁRIO	Descrição
W199 PREEXISTENTE	QUEDA SEM ESPECIFICACAO - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Nº de Nascidos Número d' Salidas N° Pré-Natal:

Nº de Nascidos Número d' Salidas N° Pré-Natal:

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de Agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Serão 1, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Identificação do Paciente

Procedimento Solicitado	CB 01.06.008-8	Modalidade	MUSP
Procedimento Principal	03.01.06.008-8		
Espec.	03	Carater de Atend.	02
Cid. Princ.	S. 42.0	Cid. Sec.	W. 39.9
Mot. Saída	02	Cid. causa de morte	
CPF do Prof. Solicit.	150.715.373-20	CPF do Prof. Resp.	138.141.173-87
CPF do Autorizador	936.479.723-04	Data de Autorizado	21.08.17

Nº da Gestante no Prenatal

Nº de Nascidos

Nº de Saidas

75

Mortos

Altas

Trans

Óbtos



HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HRDC
UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

DATA	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº PRONTUÁRIO:
20/07/2017	1	1	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
OBSERVAÇÕES

22:00 PA = 130x80 mmHg
TAX 36,6°C — pressão arterial
BPCO. Admitida com ALTB
exsudado pleural, hemicôndilo
esquerdo com exsudado pleural
e exsudado peritoneal.
Afastada, com queixa de perda de
apetite, desidratação e fadiga.
Exame físico: PTA: 100mmHg.
Pulmões: auscultação normal.
Cardio: regular, ritmo regular.
Abdome: normal.
Coronáriograma: normal.



**HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h**

HRDC
HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT CONSULTANT

NOME DO PACIENTE: <u>Pedro Henrique Viana da Cunha</u>		ENFERMARIA: <u>C.1</u>	LEITO: <u>C.4</u>	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: <u>24/03/1997</u>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
12/08/2018	<u>AMOXICILINA 500MG X 10 DIAS</u>	6:00 AM = 140 x 30 min 14g TAR = 36,4°C pressão 120/ 102mmHg fator de risco 1,50. Exame em gabinete.	<u>09/08/2018</u> Fazendo bala no nariz. Quando faz morrido devo- mo-lo. Fazendo assim faltaria. Pra 100% de mto. <u>14:00</u> 14:30. Pela <u>14:30</u> <u>14:30</u> <small>Exame em gabinete</small>	
16/08/2018	<u>AMOXICILINA 500MG X 10 DIAS</u>	10:00 paciente evoluindo concur- tante e evolução semelhan- te, constatado. Sem queixa no momento. Acti- dade. Evolução nenhuma. Responde. <u>16:00</u> paciente exacerbado com dores (tos) cavinhana. No exame lesões auscultadas no VAGO. <u>16:30</u> <u>16:30</u> <small>Exame em gabinete</small>	<u>16:30</u> Amoxicilina 500mg x 10 dias 16:30 <u>16:30</u> <small>Exame em gabinete</small>	
17/08/2018	<u>AMOXICILINA 500MG X 10 DIAS</u>	10:00 paciente evoluindo concur- tante e evolução semelhan- te, constatado. Sem queixa no momento. Acti- dade. Evolução nenhuma. Responde. <u>16:00</u> paciente exacerbado com dores (tos) cavinhana. No exame lesões auscultadas no VAGO. <u>16:30</u> <u>16:30</u> <small>Exame em gabinete</small>	<u>16:30</u> Amoxicilina 500mg x 10 dias 16:30 <u>16:30</u> <small>Exame em gabinete</small>	
18/08/2018	<u>AMOXICILINA 500MG X 10 DIAS</u>	10:00 paciente evoluindo concur- tante e evolução semelhan- te, constatado. Sem queixa no momento. Acti- dade. Evolução nenhuma. Responde. <u>16:00</u> paciente exacerbado com dores (tos) cavinhana. No exame lesões auscultadas no VAGO. <u>16:30</u> <u>16:30</u> <small>Exame em gabinete</small>	<u>16:30</u> Amoxicilina 500mg x 10 dias 16:30 <u>16:30</u> <small>Exame em gabinete</small>	



HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO OEIRAS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Antônio Teles de Carvalho Júnior.
Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo(a) médico(a) clínica médica diga: _____ sobre os procedimentos a que vou me submeter, ou a que vai ser submetido Cirurgia mania clá, do qual sou responsável legal. conceitas.

Declaro também que fui informado(a) que os referidos procedimentos são pagos pelo SUS, não sendo paga qualquer taxa.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito.

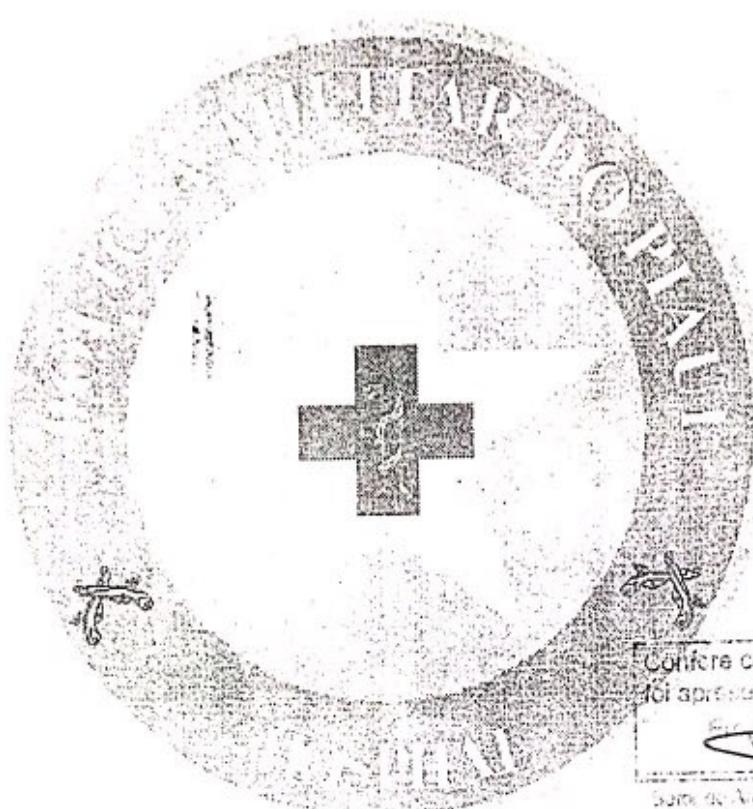
Oeiras-PI, 21 de Agosto de 2017.

Rirriano maria da conceição
Assinatura do paciente (ou representante legal)

Hospital Regional Deolindo Couto - Oeiras - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586
Fone: (89) 3462-1213 - CEP: 64.500-000 - Oeiras - PI
CNPJ: 06.553.564/0013-71



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o original que
foi apresentado na data de 10/07/2017

Assinatura

NOME DO PACIENTE: Eliviana Naiara da Conceição
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 27869717

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI
Av. Higino Curiba, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1526

Saúde
Secretaria do Estado

LAUDO PARA SOLICITAR ESPECIAIS E OU MUDANÇA		- FATTIANN MARIA DA CONCEIÇÃO		NASCIMENTO SI/02/1979	
IDENTIFICAÇÃO		D-LIBERA: 29/08/2017 17. LAUD: 15/08/2017			
1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		PROCED.: C408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA		DE.SIST: FRANCISCO	
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CID: 4 - B420		10.2 NOME DO RESPONSÁVEL <i>Telêncio Dantas Moura</i> CNS: 4705002-5	
IDENTIFICAÇÃO					
5. NOME DO PACIENTE <i>CLESIANA MARIA DA CONCEIÇÃO</i>					
6. Nº PRONTUÁRIO <i>27862</i>		7. CARTÃO NACIONAL SUS <i>710001111111111111</i>		8. DATA NASC <i>21/03/1971</i>	
9.1 NOME DA MÃE <i>TERESINTA MARIA DA CONCEIÇÃO</i>		9.2 SEXO: M/F <i>M</i>		9.3 DOCUMENTOS: RG <i>111111111111111111</i> / CPF <i>111111111111111111</i>	
10.1 ENDEREÇO <i>J. GOMES DIAS DE OLIVEIRA</i>		10.2 NOME DO RESPONSÁVEL <i>Telêncio D. Moura</i>		10.3 COMPLEMENTO <i>Centro</i>	
ENDEREÇO LOCAL		12.2 BAIRRO <i>Centro</i>		12.3 COMPLEMENTO <i>Bairro Local</i>	
11. TELEFONE DE CONTATO		13. MUNICÍPIO <i>SAO MIGUEL DO HIDALGO</i>		14. IBGE <i>11</i>	
15. UF <i>PE</i>		16. CEP <i>54200-311</i>			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
18. PROCEDIMENTO PRINCIPAL ANTERIOR / DESCRIÇÃO <i>ERATURA - LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR</i>				19. COD PROCED PRINCIPAL ANTERIOR / DESCRIÇÃO <i>QH80-C/10150 3420</i>	
20. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO / DESCRIÇÃO <i>ERATURA DA CLAVÍCULA</i>				21. CÓDIGO MUDANÇA DE PROCEDIMENTO <i>UH UHU/10150 3420</i>	
26. DIAGNÓSTICO		27. CID 10 PRINCIPAL <i>S420</i>		28. CID 10 SECUNDÁRIO	
29. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
22. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				24. CNS/CPF	
23. DT SOLICITAÇÃO				25. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)	
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
30. PROCEDIMENTO PRINCIPAL / DESCRIÇÃO				31. CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
32. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				33. CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				35. CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				37. CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		39. DT SOLICITAÇÃO		40. CNS/CPF	
<i>Dr. Telêncio Dantas Moura</i> CRM-PI-13623				41. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)	
42. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>Paciente apresenta problema desportivo de clavícula, com dor intensa no osso, fragmento ósseo que 2 cm, necessitando redução aberta.</i>					
AUTORIZAÇÃO					
46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>H. J. D. Moura</i>		JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO			
47. DT. AUT 48. CNS/CPF		50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / AUDITORIA			
49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG CONSELHO)		51. DT.AUT 52. CNS/CPF			
		53. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)			
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: <i>Fulânia P. C. Oliveira</i>					

Policia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO Nasc: 21/03/1978 Sexo: F Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 424234 Enfermaria: POSTO II ENF 208 LEITO Leito: 208	
IDEI OUTROS HOSPITAIS		Pron.: 278062	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		
CLÍNICA			
Médico Assistente			
Permanência			
CLÍNICA			
Endereço: JOAQUIM DIAS DE OLIVEIRA Nr.: 0 Bairro: CENTRO Cep: 64558970 Cidade: SAO MIGUEL DO FIDALGO RG: 1601962 Telefone: 89 - 94239145 Residência: Mae: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO			
Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido. <i>Paciente vítima de acidente de moto, apresentava fratura no clavôide direito com lesão maior que 2cm.</i>			
DIAGNÓSTICO			
Provisório:		CID	
Principal: Fratura de clavôide (V)		CID 542.0	
Procedimento: Ortoplastia cor pulso.		Causa Médica	
Sintomas e Sinais Principais <i>Dor e deformidade clavôide (V)</i>		Histo - Patológico:	
TRATAMENTO			
Type:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico		<i>Cirurgia</i>	<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico
DURAÇÃO			
Data/Hora de Internação 13/08/2017 00:08:49	DATA ALTA <i>27/08/17</i>	DATA DE HOSPITALIZAÇÃO <i>27/08/17</i>	
ALTA			
Salida	Transferência	Óbito	
<input type="checkbox"/> Caso <input checked="" type="checkbox"/> Menorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação
<i>THE 23/08/17</i>	Assinatura: _____	<i>Dr. Tarciso Ribeiro Moura Ortoplastia cor pulso Cirurgia 27/08/2017</i>	

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"
 Av. Higino Corrêa, 1642 - Fone: (86) 3216-1258 - Fax: (86) 3216-1520
 CEP.: 64014-090 - Teresina - PI . CNPJ.: 07.444.169/0002-25 - CMC. 035.372-8

DV 01-03-79



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 23/03/1979
Nº DO PRONTUÁRIO 171662 SALA OP
CÓD DA CIRURGIA: 408010-150

Descrição da Cirurgia:

- (1) Paciente é paciente de princi-
pial Negro e pleto e MST
(2) Acus longitudinal no clavícula
(3) Retrato interpondo de parte
molar.
(4) Pediu-se o fragmento principa-
(5) Alargado place de neutralizar
(6) Sutura e curativo

Dr. Teófilo
Ortopedista
Ortopedia
Médico

Cirurgia:

Cirurgião: Dr. Teófilo

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: LIMA

Circulante:

Hára
1954
CONSELHO MUNICIPAL

21/01/1974

Alejandra 14/01/74

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIOCESSANO VERDE

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA 03 08 1974
Nº DO PRONTUÁRIO 27.8667 L 08
CÓD. DA CIRURGIA 0408010-150

NOME CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO
PROcedimento III - CIRURGICO DE CLAVICOLA (D)
CIRURGIO TERCIO ALIX SERGIO ANEST PAULO
INSTR. LLARTE CIRE MARCOS INDIO 11:35 TMA
PA 1130 FCG 1230 Hr. Geraldo Geraldo Rester

OXIGENO 100%
1 FNC 5L/min.
2 FNC 5L/min.

SF500 - SF500

MONITORIZAÇÃO
SPO2 100%
ECG
Respiratória
Saída de sangue

6ccr. tric

(a) Lidocaina 0,5% - local - local

(b) Anestesia Etanol 5% - local - local

MONITORIZAÇÃO
INÍCIO E FIM ANESTÉSICA: PNA E PNA METABOLICA
X INICIO RESPIRATÓRIA CARDIACA E AVALISTOLICA
DIURESE (ml)

Capacidade
respiratória
de oxigenio
muscular voce
Respirado 12 lts
Total de 20 lts
Ex.

11:25 12:30

Técnica Anestésica:

Bloc. glxo brachial E-VIA intersb
(A+G)

Comentários Adicionais

		Medicação em Preparação			
Acloralamida	Amp	Dolantina	Amp	Metocarbamol	Fr
Água dest. 10ml	Amp	Dipropofol	Amp	Metocarbamol	Fr
Atropina	Amp	Efentani	Amp	Neostamina 0,5%	Amp
Betam	Amp	Efentani	Amp	Neostamina 0,5%	Amp
Bromopinda	Amp	Edurano	ml	Neostamina 0,5%	Fr
Cetekalina 1g	Fr	Flunitanil	ml	Neostamina 0,5%	Fr
Cefatolina	Fr	Fosfanol/S Cl	Amp	Neostamina 0,5% + V	Fr
Comoxicetina	Fr	Holotana	ml	Neostamina 0,5% + V	Fr
Glicidin	Amp	Hidrocorante	ml	Neostamina 0,5% + V	Fr
oxitocina	Fr	Isoflurano	ml	Neostamina 0,5% + V	Fr
Dexamezotetra	Amp	Jevol n°	Und	Onfotetano	Amp
Diazepam	Amp	Lidocaina	V	Pento Cel	Fr
Ditranol	Amp	Metaclopramida	Amp	Pancuronio	Amp
Ditram	Amp	Musitol	Fr	Proferol	Fr

Paulo Henrique R. Nascimento
MÉDICO
CRM-PI 4018

Scanned with CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÉNCIA

DATA 16/07/19 HORA: _____ Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE Hospital MUNICIPIO: _____

MÉDICO: H. M. J. F. G. L. C. L. M. CRM: 2016-115

NATURALEZA DA SOLICITAÇÃO

Objetiva Trauma Clínico Cirúrgico Psiquiatria Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Edilene M. M. Oliveira

Idade: _____ anos Sexo: Masculino Feminino

HDA: Família com 04 filhos / 01 casado
Esposa 27 idades / 01 criança
01 filha 01
Assinatura

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR

- 4- Espontânea
- 3- Comandos
- 2- A dor
- 1- Nenhuma

RESPÓSTA VERBAL

- 5- Orientado
- 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- Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C Pr: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemla: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- Oxigênio
- Hidratação Venenosa
- Aspiração
- Medicção
- Curativo
- Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: _____

Clínica / Posto: _____

Senha: 110812819

Assinatura e carimbo do Médico



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

Nº ORDEM.....: 66573
NOME.....: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO
MÉDICO SOLIC:
DATA LAUDO...: 28/08/2017
CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 24/08/2017
IDADE: 38 anos
CRM: -PI
CÓDIGO: 23614

RX CLAVICULA DIREITA

O estudo radiológico da clavícula direita realizado nas incidências em rotação interna e rotação externa demonstra:

- Presença de fratura no terço médio da clavícula direita fixada com placa e parafusos metálicos.
 - Articulações acrômio-clavicular e gleno-umeral preservadas.
 - Espaço subacromial conservado.
 - Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Controle pós operatório.

IvanfComer

IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Lev-Hag-Conn-1542 - Ithaca - Tompkins
CER-014-230 CNEP 07-4441085002-25

Telefone: (86) 3227-6265
Fax: (86) 3215-1520



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 65118
PACIENTE: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO
NOME DA MÃE: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO
DATA DO NASCIMENTO: 21/03/1979
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 14/08/2017
DATA DO LAUDO: 25/08/2017
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO EM AP

Fratura completa, dessalinizada, no terço médio da clavícula.

Fraturas no aspecto posterior do 2º ao 5º arcos costais.

Aumento da densidade e volume das partes moles adjacentes.

*Correlacionar com dados clínicos.

Nayra Virginie S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

Av. Higino Gunha, 1642 – Brotas – Teresina/PI
CEP 64014-220 – CNPJ 07.434.159/0002-99

Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO 65118
PACIENTE: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO
NOME DA MÃE: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO
DATA DO NASCIMENTO: 21/03/1979
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 14/08/2017
DATA DO LAUDO: 25/08/2017
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA EM AP

Fratura completa, desalinhada, no terço médio da clavícula.

Fraturas no aspecto posterior do 2º ao 5º arcos costais.

Aumento da densidade e volume das partes moles adjacentes.

*Consultar com dados clínicos.

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1917. 16 PAGES.
1917. MAR. 14. 65-9

Maria Virginia S. Costa
CRM-BI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COST.
CRM: 332

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilheus - TO - 65140-000
CEP: 64014-220 - CNPJ 37.443.150/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265
Fax: (86) 3210-1520



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 62472
ATENDIMENTO: 424234
PACIENTE: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO
DATA DO NASCIMENTO: 21/03/1979
CONVÉNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
POSTO: POSTO II ENF: 208 LEITO: 0

DATA: 14/08/2017

SEXO: F
IDADE: 38a 4m 25d

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

ERITROGRAMA:

Hemácias.....: 4,66 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 13,20g/dl
Hematócrito.....: 40,0%

Valores de Referências
Homem Mulher
4,5 - 6,5 3,9 - 5,8
13,5 - 18,0 11,5 - 16,4
40,0 - 54,0 36,0 - 47,0

LEUCOCRAMA:

Leucócitos.....: 4.700mil/mm³

Valores Referências
4.000 - 10.000

Bastões.....:
Segmentados.....: 62
Eosinófilos.....: 1
Basófilos.....:
Linfócitos.....: 36
Monócitos.....: 1
Metamielócitos.....:
Mielócitos.....:

3 - 5 %
50 - 66 %
2 - 4 %
0 - 1 %
20 - 30 %
4 - 8 %
0 - 0 %
0 - 0 %

OBS:

Plaquetas.....: 221.000mm³

100.000 mm³ a 400.000
mm³

OBS:

Método: Impedância/Difrações

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP.QQPM-FARMAC.BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Higino Cunha, 1642 — Ilhotas — Teresina/PI
CEP 64014-220 — CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 62472
ATENDIMENTO: 424234
PACIENTE: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO
DATA DO NASCIMENTO: 21/03/1979
CONVÉNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
POSTO: POSTO II ENF: 208 LEITO.

DATA: 14/08/2017

SEXO: F
IDADE: 38a 4m 25d

COAGULOGRAAMA

Material: Sangue

Tempo de Sangria.....: 2,30 min.
Método:Duke Normal: 1,0 a 4,0 Minutos

Tempo de Coagulação.....: 8,30 min.
Método:Lee-Write Normal: Até 12 Minutos

Prova do Laço.....: NEGATIVA
Normal: Negativo

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: TOTAL

Francisco das Chagas Macêdo
Cap. QOPM-Farmac.Bioquímico
CRF-PI 245

FRANCISCO DAS CHAGAS MACÊDO
Cap. QOPM-Farmac.Bioquímico
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Higino Cunha, 1642 - Ihotê - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 62472
ATENDIMENTO: 424234
PACIENTE: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO
DATA DO NASCIMENTO: 21/03/1979
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MÉDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
POSTO: POSTO II **ENF:** 208 **LEITO:**

DATA: 14/08/2017

SEXO: F
IDADE: 38a 4m 25d

CREATININA..... 0,7 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
De 0,4 a 1,4 mg/dl

UREIA..... 18 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência:
15 a 40 mg/dl

GLICOSE..... 86 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
70 a 99 mg/dl

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEO
CAP.QOPM-FARMAC.BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Higino Cunha, 1642 – Ilhotas – Teresina/PI
CEP 64014-220 – CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPM

07 444 7900-2000
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
PÓLICIA MILITAR DO PIAUÍ
AV. HIGINO CUNHA, 11400, ILHOTAS
CEP 64010-120 - SERRA D'ÁGUA

Ficha para Agendamento da Consulta

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	RG: 1891982	CPF:	CNS: 700001150364402
Paciente: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO		Prontuário: 278662	Raça / Cor: PRETA
Nascimento: 21/03/1979	Idade: 38 Anos 4 Meses 22 Dias	Sexo: F	CEP: 64550970 UF: PI
Nome da Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO		Bairro: CENTRO	Nº: 0
Endereço: JOAQUIM DIAS DE OLIVEIRA	Município: SAO MIGUEL DO FIDALGO	Complemento:	
Dados Clínicos: <i>V.O de rotina e clínica</i>			
Data: 13/08/2017			
DADOS DO AGENDAMENTO: Local do Atendimento: _____			
Endereço (Logradouro, Número/lote): _____			
Nome do Profissional de Saúde: _____			
Data e Hora p/ Comparecimento: 13/08/2017 as _____	Carimbo / Ass. do Responsável pelo Agendamento: <i>Terrinha</i>		
Carimbo / Ass. do Profissional de Saúde: <i>Carimbo</i>			
Nº da Autorização: _____			

CARO USUÁRIO:

Compareça à unidade de saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Se entregar esta ficha se houver atendimento.
Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para se seja agendada nova consulta.
Esta consulta é paga pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA 13/08/17 HORA: _____ Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE HRC MUNICIPIO: _____

MÉDICO: H. J. S. G. G. G. G. CRM: 205278

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Edmílio M. M. Oliveira

Idade: _____ anos Sexo: () Masculino () Feminino

HDA: Frequente a noite e dia com sono

Frequente a noite e dia com sono

com sono

*José S. L. P.
Data Especial 302
20170812 107*

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR

- 4- Espontânea
3- Comandos
2- A dor
1- Nenhuma

RESPÔSTA VERBAL

- 5- Orientado
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- Nenhuma

SINAIS VITais
T ax. _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemias: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venenosa _____
() Aspiração () Medicção _____
() Curetivo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: _____

Clínica / Posto: _____ Senha: 901708122619

Assinatura e carimbo do Médico

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
ASSEPLAN / CENTRO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:	HZAC - Oeiras	Para:	Teresina
Nome da Pessoa Encaminhada:		H P M.	
Motivo do Encaminhamento:		Registro	
<i>Pronto atendimento</i> <i>A D com grande risco</i>			
Observações: <i>Não informar o nome de</i> <i>Recomendo</i>			
Data	10/01/98	Responsável pelo Encaminhamento	<i>DRGJ</i>
OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.			

FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para:
Nome do Cliente	
Diagnóstico e Orientações:	
Data: 10/01/98 Responsável pelo Encaminhamento	
OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.	

ATUAL - Gráfica e Papelaria - Telefax: (85) 462-1762 - Oeiras - PI



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL D.RCEU ARCOVERDE
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente
1a via - Farmácia / 2a via - Paciente

Nome Completo:	<i>J. C. L.</i>	CRM:	<i>V. Moraes</i>
Endereço Completo:	UF do CRM: PI		
Telefone:			

Paciente: *Cipriano Moraes de Conceição*
Endereço:

Cetalexina 500 mg 20 comprimidos

Tomar 1 comprimido de 6/6 horas por 7 dias
Flotac 70mg 14 comprimidos

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas por 7 dias

Data: *23/08/17*

*Dr. Fábio J. C. L.
Ortopedista
Cirurgião Dentista*

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome Completo: _____ RG: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____	Assinatura do Farmacêutico Data: / /

POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL D.RCEU ARCOVERDE
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente
1a via - Farmácia / 2a via - Paciente

Nome Completo:	<i>Leandro V. Moraes</i>	CRM:	<i>V. Moraes</i>
Endereço Completo:	UF do CRM: PI		
Telefone:			

Paciente: *Cipriano Moraes de Conceição*
Endereço:

Cetalexina 500 mg 20 comprimidos

Tomar 1 comprimido de 6/6 horas por 7 dias
Flotac 70mg 14 comprimidos

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas por 7 dias

Data: *23/08/17*

*Dr. Fábio J. C. L.
Ortopedista
Cirurgião Dentista*

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome Completo: _____ RG: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____	Assinatura do Farmacêutico Data: / /

"Humanizando e cuidando bem da sua saúde"

Av. Higino Cunha, 1642. Fone: (86) 3216-1256. Fax: 3216-1520
CEP: 64014-000 Teresina Piauí CNPJ 07.444.159/0002-25 C.M.C.: 035.372-8

"Humanizando e cuidando bem da sua saúde"

Av. Higino Cunha, 1642. Fone: (86) 3216-1256. Fax: 3216-1520
CEP: 64014-000 Teresina Piauí CNPJ 07.444.159/0002-25 C.M.C.: 035.372-8



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME

Graian Maria de Conceição

ATESTADO MÉDICO

Atesto que este paciente foi submetido a procedimento cirúrgico necessitando de repouso para tratamento médico

Data da cirurgia: 23/09/17

Dias de licença previsto

90 (noventa)

CID da patologia:

S92.0

TERESINA / 23/09/17

Dr. Tiago Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 2554

"Humanizando e cuidando bem da sua saúde"
Av. Higino Cunha, 1642. Fone: (86) 3216-1256 - Fax: 3216-1520
CEP: 64.110-090 Teresina Piauí CNPJ: 07.444.158/0002-25 C.M.C.: 035.372-8

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO

Líquido amarelo do Pâncreas

Atetodo nefídico

Ateto para os deuses fies que
a paciente supostada operou fratura
de clavícula Direita em resiliência
fisiológica; Preenche nenhuns de
festões para resiliência

Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3918 TEOT: 13135

16/12/17.

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
CRM-PI 3918/ TEOT 13135

Rua Defala Attem, 755 - Centro • Floriano PI
(89) 3522-3108
celso-coimbra@hotmail.com



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 credito 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.

E obratório 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 entre 16 e 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 ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Endereço Bairro Cidade Estado Bairro	CPF Titular da conta Número Cidade São Miguel do Fidalgo Estado CEP Telefone (DDD) (89) 99401-6900	Profissão Complemento
CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO CJ RESIDEN JOAQUIM ANTONIO NETO MULTIRÂO	008.067.203-52 CASA 50 SÃO MIGUEL DO FIDALGO PIAUÍ	LAURADORA

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

REFUSO INFORMAR R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	X SEM RENDA R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<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\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00
X CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)		BANCO Nome
X CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA Nº
AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	AGÊNCIA Nº
1383	03 00029334 0	CONTA Nº

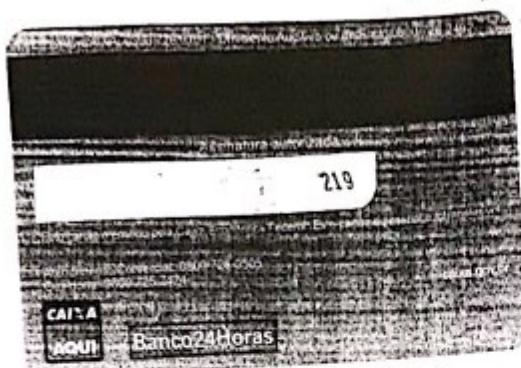
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

DEIRAS-PI, 20 de Julho de 2018
Local e Data

Sílvia Priscila Maria da Conceição
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Capa 001 V001/2017



Scanned with CamScanner

197-305425542-7
16/JUL/2018 HORA DE 12:22:26
LOT. 16.012341-8 TERM 017386
LOCALIDADE: OEIRAS
AG. VINCULADA: 1383
SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA
1383.00029334-0
NOME: CIPRIANA MARIA DA CUNCEIC
DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
DIA LIMITE SALDO
013/07 0,00
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA
DIA LIMITE SALDO
013/07 0,26
RESUMO EM 13/07 SALDO
RESUMO DO DIA 0,00
SALDO BLOQUEADO 0,26
SALDO DISPONIVEL 0,26
SALDO TOTAL 0,26
197-305425542-7
1ª VIA



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO PIAUÍ
ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

FICHA CLÍNICA GERAL

DADOS GERAIS

1. NOME DO PACIENTE						
JOSÉ VASCONCELOS DA SILVA						
2. SEXO	3. ESTADO CIVIL	4. DATA DE NASC	5. RACA / CCR	6. CARTAO SUS (CNS)	7. ENDEREÇO	
<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Judic. <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Ignorante	27/10/1977	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena	José Vasconcelos da Silva	Rua 2000 bloco B	Qd 100
8. FILIAÇÃO						
NOME DA MÃE: Sônia Vasconcelos da Silva						
NOME DO PAI:						

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO

Nº Sinistro: 3180368984
Vitima: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO
Data do Acidente: 14/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

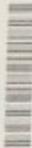
Senhor(a),

Apos a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número 3180368984), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em 14/07/2017. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi negado.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone 0800 022 12 04 (ligação gratuita) ou 0800 022 12 06 que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Carta n° 13271335

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE OEIRAS-PI.

CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO, brasileira, casada, lavradora, RG nº 1.891.982, CPF nº 008.067.203-52, (89) 99423-9145 residente e domiciliada, CJ RESIDEN JOAQUIM ANTONIO NETO, Casa 10, Multirão, São Miguel do Fidalgo, CEP 64558.000, por seus advogados, com escritório profissional na Rua Coronel Mundico Sá nº 275-A, Centro, Oeiras-PI, onde deverão ser, doravante, encaminhadas as intimações e notificações, vem, à presença de Vossa Excelência, *mui*, respeitosamente, propor **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, em desfavor **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, CNPJ 09.248.608/0001-04, situada na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP.: 20031-205; pelas razões que passa a expor:

I - DOS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA

O Requerente requer a Vossa Excelência que lhe seja concedido os benefícios da Assistência Judiciária Gratuita, conforme dispõe o artigo 4º da Lei 1060/50, haja vista não dispor de condições financeiras para suportar custas e despesas processuais sem prejuízo próprio, conforme declaração de hipossuficiência econômica anexada.

II – DOS FATOS

Trata-se de seguro devido em face de acidente ocorrido em 14/07/2017, sofreu um acidente de trânsito na BR-241 que ocasionou a incapacidade parcial do segurado, fatos estes, devidamente comprovados no teor do Boletim de Ocorrência que junta em anexo.

Diante de tal fato, seria devido o pagamento do premio segurado, na forma do Art. 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74, o que foi negado pelo seguinte motivo: “**Após analise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o numero de sinistro 3180368984, esclarecemos que não**

foram identificadas sequelas permanentes cobertas pelo Seguro DPVAT em razão do acidente ocorrido em 14/07/2017. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi negado”.

Ocorre que o requerente sofreu fratura no terço médio da clavícula direita fixada com placa e parafusos metálicos e escoriações no hipocôndrio direito.

III - DO DIREITO

Nos termos do Art. 3º da Lei 9.164/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e similares:

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, **por invalidez permanente, total ou parcial**, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Conforme documentação probatória, o nexo de causalidade entre o fato ocorrido (acidente) e o dano dele decorrente é inequívoco, fazendo jus o Autor ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do Art. 5º da Lei nº 6.194/74:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Assim, tem-se evidenciado:

- a) **Prova do acidente: Boletim de Ocorrência nº 308957.000028/2018-20;**
- b) **Prova do dano decorrente: Atestado e Laudos Médicos, Dados do Atendimento;**
- c) **Prova do esgotamento da via administrativo: Resposta da Seguradora.**

É dever da Seguradora Requerida, cumprir com o determinado pelo Art. 373 CPC, que diz que ao Réu incube o ônus da prova, quanto à existência do fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor.

No presente caso, tem-se em tela um ato ilícito pelo descumprimento de obrigação contratual por parte do Réu, o que se enquadra no Código Civil nos seguintes termos:

Art. 186. Aquele que, por ação ou emissão voluntaria, negligencia ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Ou seja, pela omissão voluntaria do réu, que reflete diretamente num prejuízo do autor tem-se configurado um ato ilícito.

No mesmo sentido, o código civil dispõe:

Art. 389. Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado.

Portanto, trata-se de necessária indenização proporcional ao dano sofrido pelo autor, conforme precedentes sobre o tema;

APELAÇÃO CIVEL . AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL. PROPORACIONALIDADE. 1- A indenização do Seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial, deve ser fixada em valor proporcional ao grau do dano sofrido pela vítima de acidente automobilístico. RECURSO CONHECIDO E PARCIALEMTE PROVIDO. (TJ-GO A AC: 04574988420088090065, Relator: DR(A) SEBASTIAO LUIZ FLEURY, Data de Julgamento: 22/09/2016, 4ª CAMARA CIVEL, Data de publicação: DJ 2124 de 04/10/2016).

Trata-se da necessidade aplicação da Lei, uma vez que demonstrado o compromisso firmado pelo contrato e a ocorrência do descumprimento, outra solução não resta se não o imediato pagamento do débito, conforme amplamente protegido pelos tribunais.

IV - CORREÇÃO MONETÁRIA – TERMO INICIAL

Conforme precedentes sobre o tema, o valor apurado deve sofrer correção monetária a partir da data do sinistro.

V - DOS PEDIDOS

Ante ao exposto, requer:

- a) A concessão da justiça gratuita nos termos do Art. 98 do código de processo civil, ou em caso de indeferimento que seja anexado as custas após o termino do processo;
- b) A citação do Réu, na pessoa do seu representante legal, para, querendo responder a presente demanda;
- c) A procedência do pedido, com a condenação do Réu ao pagamento imediato das quantias devidas, ate o valor de 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), acrescidos ainda de jutos e correção monetária;
- d) A produção de todos os meios de prova admitidas em direito, em especial a designação de perícia medica;
- e) Manifesto o interesse de audiência de conciliação;
- f) A condenação do réu ao pagamento dos honorários advocatícios nos parâmetros previstos no art. 85, § 2º do CPC;

Dá-se a cauda o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

**Nestes termos,
Pede Deferimento.**

Fabricio de Moura Sousa
OAB-PI 13.309

PROCURAÇÃO "AD - JUDICIA"

OUTORGANTE: **CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO**, brasileira, casada, lavradora, RG nº 1.891.982, CPF nº 008.067.203-52, (89) 99423-9145 residente e domiciliada, CJ RESIDEN JOAQUIM ANTONIO NETO, Casa 10, Multirão, São Miguel do Fidalgo, CEP 64558.000.

OUTORGADO: **Fábricio de Moura Sousa**, solteiro, inscrito na OAB-PI N° 13.309, **Brenno Alves Carvalho Chaves**, solteiro, inscrito na OAB-PI N° 16.214, com escritório na Rua Coronel Mundico Sá, nº 275-A, Centro, na Cidade de Oeiras-PI, CEP nº 64500-000, onde recebe informações e notificações.

PODERES: Nos termos do Artigo 105 do Código de Processo Civil, os contidos na clausula "*ad judicia et extra*", para, em nome do outorgante, em qualquer Juizo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses da outorgantes nas contrárias, seguindo umas e outras, até o fim da decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, afirmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido, renunciar a direito no qual se funda ação agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Oeiras-PI, 29 de agosto de 2018.

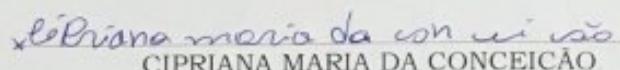
Cipriana maria da conceição
CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO

Rua Coronel Mundico Sá, 275-A, Centro, Oeiras-PI, CEP 64500-000
(89) 99972-6720 (89) 99401-6900 (89) 98818-3847 (89) 3462-2655
fabriciomoura.pi@hotmail.com

Declaração de Pobreza

CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO, brasileira, casada, lavradora, RG nº 1.891.982, CPF nº 008.067.203-52, (89) 99423-9145 residente e domiciliada, CJ RESIDEN JOAQUIM ANTONIO NETO, Casa 10, Multirão, São Miguel do Fidalgo, CEP 64558.000, desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Oeiras, 29 de agosto de 2018.


CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.891.982 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/11/17

NOME CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO TERESINHA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE SÃO JOSÉ DO PEIXE-PI DATA DE NASCIMENTO 21/03/79

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 4854 L 6 F 10V

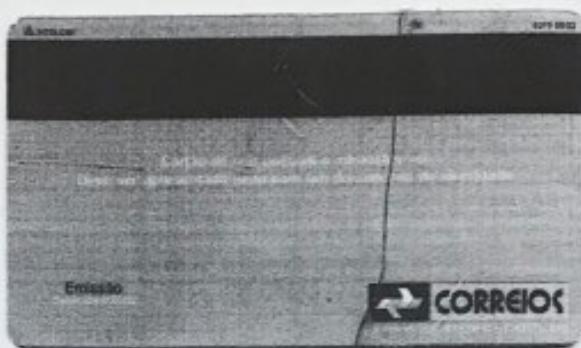
CPF EXP SÃO JOSÉ DO PEIXE-PI 28/11/80

008.067.203-52

1090528

Assinatura de Chegas Pinheiro Moreira

LIC NP 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 22.350/83





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 308957.000028/2018-20

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Ivan Monteiro De Carvalho

Data/Hora: 16/07/2018 - 11:38

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE SÃO MIGUEL DO FIDALGO

Data/Hora
14/07/2017 - 17:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município
SÃO MIGUEL DO FIDALGO

Bairro
INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

PI-241, LOCALIDADE BOA FÉ, N°:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1.891.982 SSPPI PI

Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RESIDENCIAL JOAQUIM ANTONIO NETO, CASA 10, N°

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: SÃO MIGUEL DO FIDALGO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA.	POP100	2015	PIB5289	9C2HB0210FR412602	01026335873	Branca

Condutor: A PRÓPRIA VÍTIMA/NOTICIANTE

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro:

Proprietário: ADRIANA COUTINHO TEIXEIRA COSTA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA a noticiante que no dia 14/07/2017, por volta das 17:00 horas, sofreu um acidente de trânsito (de motocicleta) na PI-241, na Localidade BOA FÉ, na zona rural da cidade de São Miguel do Fidalgo-PI, quando conduzia, sozinha, a motocicleta de marca HONDA/POP 100, COR BRANCA, ANO 2014, MODELO 2015, PLACA: PIB-5283/PI, RENAVAM: 01026335873, CHASSI: 9C2HB0210FR412602, de propriedade da senhora ADRIANA COUTINHO TEIXEIRA COSTA; QUE na ocasião a noticiante diz que saiu de sua casa com destino à uma roça, quando de repente se perdeu (SOBROU) em uma curva, vindo a sair da pista de rolamento, adentrar no matagal e cair ao chão; QUE em consequência da QUEDA a noticiante FRATUROU a CLAVÍCULA DIREITA e TRÊS COSTELAS, também lado direito; QUE após o acidente a noticiante foi socorrida pela AMBULÂNCIA da cidade de São Miguel do Fidalgo e trazida para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Oeiras-PI; QUE ainda no mesmo dia foi encaminhada para o Hospital da Polícia Militar (HPM) na cidade de Teresina-PI, onde foi submetida a cirurgia.

Ivan Monteiro De Carvalho - Mat. 108410X
AGENTE DE POLÍCIA

CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO - Noticiante
Responsável pela Informação



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 308957.000028/2018-20

Det. Francisco Rodrigues da Silva
Delegado de Polícia
Delegado de Polícia
Matr.: 1686148

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
GERÊNCIA DE POLICIA DO INTERIOR
10ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE OEIRAS
FONE (89) 3462-1313



Certidão de Inexistência de I.M.L.

CERTIFICO a requerimento de parte interessada, senhor(a) **CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO** - R.G nº 1.891.982 SSP-PI, C.P.F nº 008.067.203-52, que na cidade de OEIRAS-PI e região, não existe IML (Instituto de Medicina Legal), acrescentando que o único do Estado do PIAUÍ está localizado em Teresina-PI, distante 330 km.

Era o que tinha a certificar. Eu, Ivan Monteiro de Carvalho, escrivão AD-HOC que o digitei.

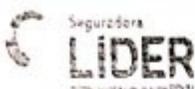
Oeiras-PI, 16 de Julho de 2018.

Ivan Monteiro de Carvalho

Bel. IVAN MONTEIRO DE CARVALHO

Agente de Polícia - Mat. 108410-X

Escrivão AD-HOC



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 da VITIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CIPRIANA MEIA DA CONCEIÇÃO

CPF da Vítima

008.067.203-52

Data do Acidente

14/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDC)

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:

Assinatar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da respectiva pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

OEIRASPI 20 de Julho 2018

Local e Data

+ Cipriana Meia da Conceição

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL 001 V001/2017

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO,
RG nº 1.891.982, data de expedição 14/13/17, Órgão SSP-PI,
CPF nº 008.067.203-52, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>CJ RESIDEN JOAQUIM ANTONIO NETO</u>
Número	<u>CASA 10</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>MULTIRÃO</u>
Cidade	<u>SÃO MIGUEL DO FIDALGO</u>
Estado	<u>PIAUI</u>
CEP	<u>64.558-000</u>
Telefone de Contato	<u>(89)99401-6900</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Oeiras-PI, 20 de Julho de 2018.

Assinatura do Declarante: Cipriana maria da conceição

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ADRIANA COUTINHO TEIXEIRA COSTA,

RG nº 2.254.469, data de expedição 14/06/07.

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 000.396.993-55, com
domicílio na cidade de SEU MENDOZA FIOZ (6a) no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Conjunto Residencial Jardim Nilo, nº _____,

complemento -1, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima CIPRINA MARIA DA CONCEIÇÃO cujo o condutor era
CIPRINA MARIA DA CONCEIÇÃO.

Veículo: PAS - MOTOCICLO

Modelo: Honda - POP-100

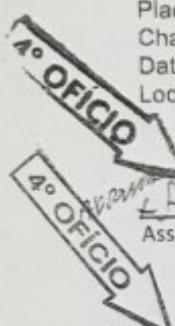
Ano: 2014

Placa: PZB-5289

Chassi: 9C2MB0210FR412602

Data do Acidente:

Local e Data:



Adriana Coutinho Teixeira Costa
Assinatura do Declarante

CIPRINA MARIA DA CONCEIÇÃO
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (0xx89) 3462-1251 / 9402-9315
e-mail: cartorioevangelina@gmail.com

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ADRIANA COUTINHO TEIXEIRA COSTA, DOU FE, EM TESTIMÔNIO DA VERDADE.
OEIRAS-PI, 13/07/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,24 Selos: 0,26 Total: 4,71
Selos: 110-57291 (F03P19)

EUSANGELA MAURIZ DE SA SIQUEIRA ESCRIVENTE AUTORIZADA

EVANGELINA DE CARVALHO SA E FESTAS - TABIÚA EULVANE MAURIZ DE SA E SILVA EUSANGELA MAURIZ DE SA SIQUEIRA

GILIANDA OLIVEIRA DE SOUSA

POR AUTENTICIDADE



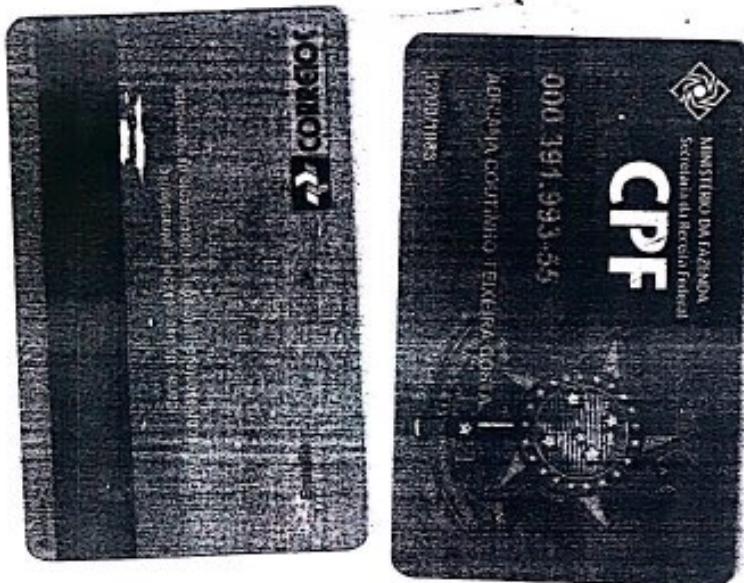
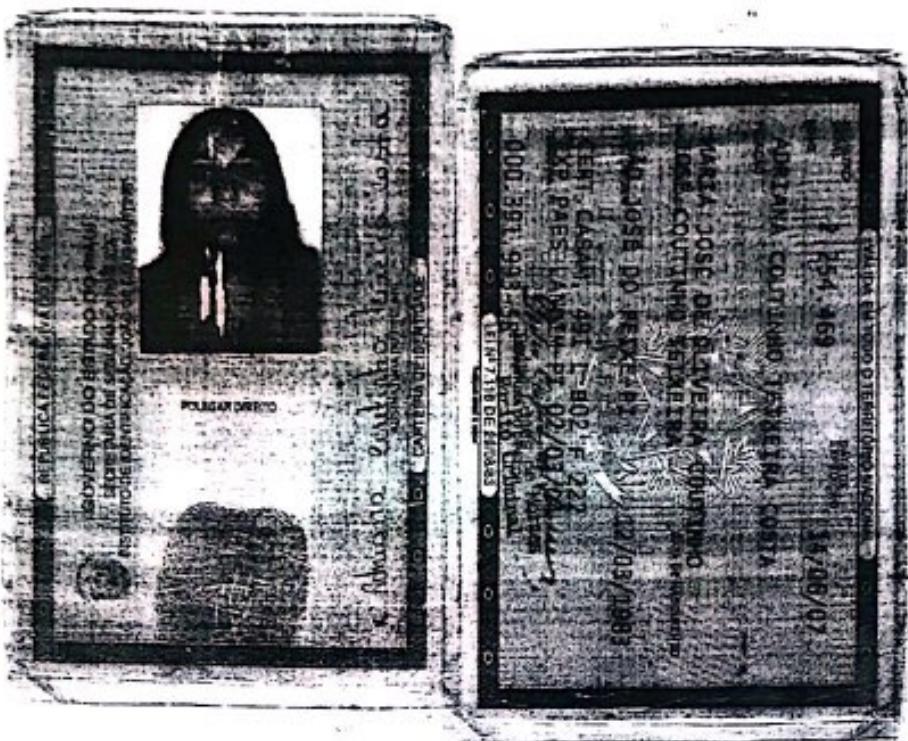
4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (0xx89) 3462-1251 / 9402-9315
e-mail: cartorioevangelina@gmail.com

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: CIPRINA MARIA DA CONCEIÇÃO, DOU FE, EM TESTIMÔNIO DA VERDADE.
OEIRAS-PI, 16/07/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,24 Selos: 0,26 Total: 4,71
Selos: 110-57337 (F03P21)

EULVANE MAURIZ DE SA E SILVA ESCRIVENTE COMPROMISSADA

EVANGELINA DE CARVALHO SA E FESTAS - TABIÚA EULVANE MAURIZ DE SA E SILVA EUSANGELA MAURIZ DE SA SIQUEIRA

GILIANDA OLIVEIRA DE SOUSA



Scanned with CamScanner

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM PLATEAU EXERCÍCIO
1 01026335873 2017

0152
0140
6241
6370
062
7766
6531
4c71
e609
3d11
5917

ADRIANA COUTINHO VASCONCELOS COSTA

CPF / CNPJ P.L.C.A.
00039199355 PIB-5289

PLACA ANT. LEI CHASSI
9C2RB0210FR412602

ESPECIE / TIPO COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLE / NENHUMA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA / POP100 2014 2015

CAP / POT / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
02P/0097CC PARTICU BRANCA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. DOTAIS
I		1º IPVA
P		
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO 001 RE
A		2º PRECO

PRÉMIO TARIIFÁRIO
SEGURO E PAGO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES
A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS. NAC. HONDA

LOCAL DATA
SAO MIGUEL DO HIDALGO 01/11/2017

CONTRAN

SEGURADOR DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE: OU FOR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013156900965 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 01/11/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 00039199355 PIB-5289

RENAVAM MARCA / MODELO
01026335873 HONDA / POP100

ANO FAB. CADASTRO N° CHASSI
2014 09 9C2RB0210FR412602

PREMIO TARIIFARIO

VALOR PREMIO TARIIFARIO PREMIO DE SEGURO (RS)
000,00 000,00 000,00

VALOR DO BILHETE (RS) VALOR DE SEGURO (RS)
000,00 000,00 185,50

DATA DE EMISSÃO DATA DE OUTAÇAO
22/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHAMPAZADA 2014

www.seguradoralider.com.br

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

0800 022 1204

UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-UPA 24 H
 Av. Totonho Freitas, 657 Ceiras Nova - Fone: 86 3234 7074
 CEIRAS-PI CEP: 64500-000 CNPJ: 06.553.564/0013-71

L.O
20
UPA
24h

Imp: 14/07/2017 18:12:05
 User: MARCELLA MARCOS
 Estação: UPA24h-PI

BOLETIM DE ENTRADA (BI)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO		Prontuário: 35076
Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO	Pai:	
End. Resid.: RUA PROJETADA - CENTRO - SAO MIGUEL DO FIDALGO - PI - CEP: 64556-000		
Nascimento: 21/03/1979	Idade: 38a:4m:23d	Sexo: Feminino Fone: - -
Responsável: O MESMO		
CNS:		
Profissão:		Documento: RG: 1.691.982 - SSP-PI
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 89491	Entrada: 14/07/2017 17:47:13	Convênio: S U S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	Múltiplo	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História Clas. Risco:		HIPERTENSÃO: PACIENTE CONDUZIDA PELA AMBULANCIA DE SAO MIGUEL DO FIDALGO, CONDUTOR (ERIVAN), REFERE ACIDENTE DE MOTO. TRAUMA CONTRA PAREDE, ALCOOLIZADA, NAO LEMBRA DO MOMENTO DO ACIDENTE, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA TRAUMA NA CABEÇA; FASICA, EM MACA, ORIENTADA; REFERE TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA, DOR E ESCORIACOES NO HIPOCONDRIOS DIREITO, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS, P.A= 130 X 87 MMHG; P= 85 BPM; SPO2= 98%; T.AX= °C	
IURI REIS FEITOSA COMEN-PI153392 Em: 14/07/2017 17:16:26			

Ass.Profissional Clas. Risco:					
SSVV:	(Hora: ____ : ____)				
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 m	IMC:	0,00 Kg/m ²
Pulse:	0	bpm	Pressão:	0	mmHg

DADOS CLÍNICOS:

HIPERTENSÃO: PACIENTE CONDUZIDA PELA AMBULANCIA DE SAO MIGUEL DO FIDALGO, CONDUTOR (ERIVAN), REFERE ACIDENTE DE MOTO, TRAUMA CONTRA PAREDE, ALCOOLIZADA, NAO LEMBRA DO MOMENTO DO ACIDENTE, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA TRAUMA NA CABEÇA; FASICA, EM MACA, ORIENTADA; REFERE TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA, DOR E ESCORIACOES NO HIPOCONDRIOS DIREITO, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS, P.A= 130 X 87 MMHG; P= 85 BPM; SPO2= 98%; T.AX= °C

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX OMBRO D
 RX TORAX AP

PRESCRIÇÃO MÉDICA:	
SFO, 9% 500ML PMV 18:40 DIPIRONA 1AMP+AD EV 18:40 DECADROM+VOLTAREM, ASSOCIAR E FAZER IM RECUSOU *5F0,9% - 100 ml EV alerta Tumal 500mg - 1x20 ml... DC: 05	
Dr. Marcelo Senna Costa de Oliveira Residente em Emergência COREN - PI 994201 Dalton P. de Sousa Tec. em Enfermagem COREN - PI 9944483	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		
ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO	DATA: / /	HORA: / /

Lmanca da Jesus no sumitro

Assinatura Paciente ou Responsável

MARCELLA SILVA MARCOS
 CRMPI-174 Em: 14/07/2017 18:12:05



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
 HRDC
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

SOLICITAÇÃO DE PARECER DO:

Nome do Paciente: Cipriano M. da Conceição Dat. Nasc.: / /
Clínica: _____ Ata: _____ Enf.: _____ Leito: _____

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Parente vítima de acidente motociclistico, estável hemodinamicamente. Apresenta fratura de clavícula-D, e fratura de ocos contábil(3) da diáfise. Sócio de muitos ouvintes e condutor! Grato!

Data: 14 / 07 / 2017

Assinatura: Dr. Neyton Rodrigo de S. Amorim
CRM-PI 6909

PARECER:

Data: 14 / 07 / 2017

Assinatura: Dr. José Augusto Soárez
CRM-PI 2052 IOT

Hospital Regional Deolindo Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586
Fone: (89) 3462-1213 - CEP: 64.500-000 - Oeiras-PI
C.N.P.J 06.553.564/0013-71

Dr. José Augusto Soárez
Ortopedia Especialista
CRM-PI 2052 IOT

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: _____

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: ____ / ____ / ____

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)

M	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
A	0401010015	CUF & TIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
N	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
H	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
A	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)

T	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
A	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
R	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
D	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)

N	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
O	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
I	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
T	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
		NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO

Jailton P. de Sousa
Tec em Enfermagem
COREN: RJ-0324-03

HRDC**HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO**Av. Rui Barbosa, 586 - Oeiras-PI - Fone: (89) 462-1213
CEP 64.600-000
CNPJ 06.553.564/0013-71

(89) 97423-9145.

FOLHA DE ADMISSÃONome do(a) Paciente: Cipriano Maria da Conceição
Endereço: Rua Multinás Cidade S. Miguel do Rio das Estado PIRegistro do HRDC: 23772 Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome do Pai: _____

Nome do Mãe: Terezinha Maria da ConceiçãoNº Documento do Paciente: RC. I. 891.782 SSP/PI

Responsável: _____

Data do Nascimento: 01 / 03 / 1977 CNAE: 700 0011 5036 4462 SEXO: Masculino
Feminino CLÍNICAS: Médica: Cirúrgica: Obstétrica:
Psiquiátrica: Pediátrica: Outras: Data da Internação: 11 / 08 / 2017 Às 22:06 hsData da Alta: 11 / 08 / 2017 Às 00:00 hsANAMNESE: d - Marcha de 10km de Cidade
acelera, e cain no finalH.D =**RESUMO DA ALTA**

Condições de Alta:

Curado: Melhorado: Transferido: Óbito: Por evasão: A pedido: Data 11 / 08 / 2017Médico Responsável
CRM e CPF

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 23772

Nome.....: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO

Documento.....: 1.891.982 Tipo :

Data de Nascimento: 1/03/1979 Idade: 38 anos

Sexo.....: FEMININO

Responsavel.....: IGNORADO

Nome da Mae.....: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO

Endereco.....: LOCALIDADE MULTIRAO 00000 790001150364402

Bairro.....: ZONA RURAL Cap.: 64559-000

Telefone.....: 000089994239145

Municipio.....: 2210391 - - PI

Nacionalidade....: BRASILEIRO

Naturalidade....: PIAUI

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada..: 1 - RESIDENCIA

Clinica.....: 003 - CLINICA MEDICA

Leito.....: 333.0006

Data da Internacao: 11/08/2017

Hora da Internacao: 22:06

Medico Solicitante: 139.141.173-87 - ANTONIO REIS DE CARVALHO JUNIOR

Proced. Solicitado: NAO INFORMADO

Diagnostico.....: NAO INFORMADO

Identif. Operador.: CHAGAS SOUSA

SUS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

Nome		UNIDADE	Código / CNPJ				
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO			06.553.564/0013-71				
Endereço		Município	UF				
Av. Rui Barbosa, 586		OEIRAS	PI				
CEP		FONE	(89) 3462-1213				
ÓRGÃO EMISSOR							
CLARIANA MARIA DA CONCEIÇÃO							
Nome do Paciente		Município	UF				
Endereço-Rua-Número		VILA MULTRAC	PI				
CEP		64.558-000	Data do Nascimento				
		01.03.1979	SEXO				
			Masculino				
			Feminino				
			CONDICAO				
			Segurado				
			Cônjugue				
			Filho				
			Outro Dep.				
		<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
Nome do Segurado				CNPJ da Empresa			
PIS/PASEP Nº Individual		Vínculo com a Previdência		CNPJ da Empresa			
		Empregado	Empregador Autônomo	Desempregado	Aposentado	Segurado	Não
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7	<input checked="" type="checkbox"/> 9
CPF do Médico Solicitante		Proced. Solicitado	Cart. Int.	Data Emissão	CPF Médico Responsável	CNPJ da Empresa	
150.715.373-20		03100 UCR-8	02	11.08.17	138.141.173-81	CNPJ da Empresa	
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		Causa Externa	CNPJ da Seguradora		CNPJ da Empresa		
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
Principais Sinais e Sintomas Clínicos							
Incisão de ventre de dor - dor de cintura, dor lombar							
Condições que Justificam a Internação							
O. Quadro Clínico							
Principais Resultados de Provas Diagnósticas							
Anamnese + exame fisiológico + exames complementares							
Diagnóstico Inicial		Clínica					
FRATURA DA VÍSCERA		Cirúrgica	<input type="checkbox"/> 1	Obstétrica	<input type="checkbox"/> 2	Cli. Médica	<input checked="" type="checkbox"/> 3
Procedimento Solicitado		Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> 4	Baiquiátrica	<input type="checkbox"/> 5	Pediátrica	<input type="checkbox"/> 7
Intervenção		Outros	<input checked="" type="checkbox"/> 9				
Assinatura do Médico Solitante (Examinado)				CRM	Data		
CRM: 1899				1.589	11.08.17.		

MS-DATASUS
VERGÃO 14.10

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
ESPELHO DA AIH

PAG.: 42
APRESENTAÇÃO: 09 / 2017
DATA: 08/09/2017

O.E.: E22000001	ESFERA: PÚBLICO	Situação: EXP CRTADA	Tipo: 01-INICIAL	Apresentação: 09/2017	Data Autorização: 11 / 06 / 2017
Num AIH: 221710205876-5					
Especialid d.: 03 - CLINICOS	Órgão Emissor: E22000001	CRC: 0583C079FE			
Doc autorizanor: 70570945-436030	Doc med resp: 207264649980001	Doc diretor clínico: 207264649980001	Doc médico solicit: 170372001800007		
CNES: 277762 - HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO			CNS: 70000115036440-2		
Paciente: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO	Nacionalidade: 010 - BRASIL	Tipo Doc.: Identidade	Prontuário: 23772		
Data Nasc.: 01 / 03 / 1979	Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO	Nome da Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO	Doc: 1891982		
Sexo: FEMININO	Etnia: 0000-NAO SE APlica	Telefone: (89)6942-39145	Muda Proc.? : NÃO		
Responsável pac.: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO					
Endereço: ACESSO MULTIRAO	Bairro: ZONA RURAL				
Município: 221039 - SAO MIGUEL DO FIDALGO	UF: PI	CEP: 64558-000			
Procedimento solicitado: 03.01.06.008-8 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA					
Procedimento principal: 03.01.06.008-8 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA					
Diag. principal: S420-FRATURA DA CLAVICULA					
Complementar:					
Carater atendimento: 02 - URGENCIA					
Data Internação: 11 / 08 / 2017	Data saída: 12 / 08 / 2017	Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO	AIH Anterior:	AIH Posterior:	
Liberação SISAIH01:					
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]		CNAER: -			
CNPJ do Empregador: -		CBOR: -			
Vínculo Previdência:					

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor pf. Qtde. Cmpt.	Descrição
Linha Procedimento:					
2 0301010170 170372001800007 225125	2777762	2777762	1 08/2017 CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO		

CID SECUNDÁRIO	Descrição
W199 PREEXISTENTE	QUEDA SEM ESPECIFICACAO - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Nº de Nascidos Número d' Salidas N° Pré-Natal:

Nº de Nascidos Número d' Salidas N° Pré-Natal:

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de Agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Serão 1, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente

Identificação do Paciente

Procedimento Solicitado	CB 01.06.008-8	Modalidade	NUSF	
Procedimento Principal	03.01.06.008-8			
Espec.	03	Carater de Atend.	02	
Cid. Princ.	S. 42.0	Cid. Sec.	W. 39.9	Enf. 03 Leito 05
Mot. Saída	02	Cid. causa de morte		
CPF do Prof. Solicit.	150.715.373-20	CPF do Prof. Resp.	138.141.173-87	
CPF do Autorizador	936.479.723-04	Data de Autorizado	21.08.17	

Nº da Gestante no Prenatal

Nº de Nascidos

Nº de Saídas

75

Mortos

Altas

Trans

Óbtos



**HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h**

HRDC
UPA 24h

PREScrição MÉDICA		ENFERMAGEM	
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
22/07/11		22:00 PA = 130 x 80 mmHg	
		70x 36,6 cm - Folia espiralizada	
		22-07-11. Adomítida. Tom Alcat. B	
		minha custa esse resultado, porque	
		houve desordem na membrana	
		que é a valvula. Por exemplo	
		está, quando não passa de	
		um metro, desse resultado que ele	
		desceu de seu valorizado.	
		Na medida que o resultado	
		é menor, é maior a pressão	
		coronária.	



**HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h**





HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO OEIRAS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Antônio Teles de Carvalho Júnior
Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo(a) médico(a) clínica médica diga, sobre os procedimentos a que vou me submeter, ou a que vai ser submetido Exame de mama, do qual sou responsável legal.

Declaro também que fui informado(a) que os referidos procedimentos são pagos pelo SUS, não sendo paga qualquer taxa.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito.

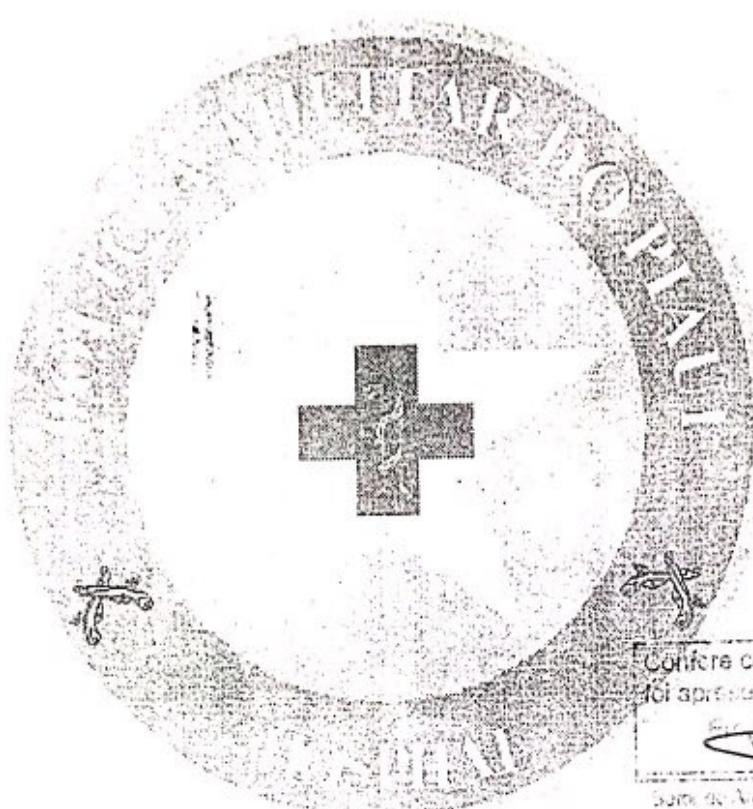
Oeiras-PI, 21 de Agosto de 2017.

Ririano maria da conceição
Assinatura do paciente (ou representante legal)

Hospital Regional Deolindo Couto - Oeiras - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586
Fone: (89) 3462-1213 - CEP: 64.500-000 - Oeiras - PI
CNPJ: 06.553.564/0013-71



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o original que
foi apresentado na data de 10/07/2017

Flávio Henrique
Sobrinho
Bom de Arcoverde
Av. Higino Curiba, 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CNPJ: 10.519.012/0001-10
Nº: 10519012-2 Matr: 1449-9

NOME DO PACIENTE: Eliviana Naiara da Conceição
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 27869317

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI
Av. Higino Curiba, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1526

Saúde
Secretaria do Estado

LAUDO PARA SOLICITAR ESPECIAIS E OU MUDANÇA		PÁGINA MARIA DA CONCEIÇÃO		NASCIMENTO SI/02/1978	
IDENTIFICAÇÃO		DT.LIBERA: 29/08/2017 DT. LAUD: 15/08/2017			
1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		PROCED.: 1406010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA		01.8151; FRANCISCO	
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CID: 8420		15/08/2017 CNS: 5705002 USO DE FARMACOLOGIA RESPONSÁVEL	
IDENTIFICAÇÃO					
5. NOME DO PACIENTE SILVIANA MARIA DA CONCEIÇÃO					
6. Nº PRONTUÁRIO 27862	7. CARTÃO NACIONAL SUS 710000115616414111	8. DATA NASC 21/03/1978	9. SEXO: M/F F	DOCUMENTOS: RG 1541118251-1	CPF
10. 1. NOME DA MÃE TERESA SANTANA MARIA DA CONCEIÇÃO		10.2 NOME DO RESPONSÁVEL Jubilene E. Guedes			
12. 1 ENDEREÇO Júlio César Dias de Oliveira		12.2 BAIRRO CENTRO	12.3 COMPLEMENTO		
ENDERECO LOCAL		BAIRRO LOCAL	12.3 COMPLEMENTO LOCAL		
11. TELEFONE DE CONTATO	13. MUNICÍPIO SÃO MIGUEL DO HIDALGO	14. IBGE	15. UF PE	16. CEP 61353-000	
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
18. PROCEDIMENTO PRINCIPAL ANTERIOR / DESCRIÇÃO FRATURA - LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR			19. COD PROced PRINCIPAL ANTERIOR / DESCRIÇÃO UH1501148153420		
20. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO / DESCRIÇÃO FRATURA DA CLAVÍCULA			21. CÓDIGO MUDANÇA DE PROCEDIMENTO UH1501148153420		
26. DIAGNÓSTICO	27. CID 10 PRINCIPAL S420	28. CID 10 SECUNDARIO	29. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
22. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			24. CNS/CPF		
23. DT SOLICITAÇÃO			25. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
30. PROCEDIMENTO PRINCIPAL / DESCRIÇÃO			31. CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
32. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33. CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
34. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			35. CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
36. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			37. CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
38. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Tércio Dantas Moura CRM-PB-13629			40. CNS/CPF		
39. DT SOLICITAÇÃO			41. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)		
42. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO Paciente vaga com fratura deslocada da clavícula, com dor intensa entre os fragmentos maiores que 2 cm, necessitando redução aberta.					
AUTORIZAÇÃO					
46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO				
47. DT. AUT. 48. CNS/CPF					
50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / AUDITORIA					
51. DT. AUT. 52. CNS/CPF					
53. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)					
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:					

Policia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO Nasc: 21/03/1978 Sexo: F Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 424234 Enfermaria: POSTO II ENF 208 LEITO Leito: 208	
IDEI OUTROS HOSPITAIS		Pron.: 13/08/2017 Pron.: 278062	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		
CLÍNICA			
Médico Assistente			
Permanência			
CLÍNICA			
Residência: JOAQUIM DIAS DE OLIVEIRA Nr.: 0 Bairro: CENTRO Cep: 64558970 Cidade: SAO MIGUEL DO FIDALGO RG: 1601982 Telefone: 89 - 94239145 Mae: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO			
Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido. <i>Paciente vítima de acidente de moto, apresentava fratura no clavôide direito com lesão maior que 2cm.</i>			
DIAGNÓSTICO			
Provisório:		CID	
Principal: Fratura de clavôide (V)		CID 542.0	
Procedimento: Ortopedia e Ortopedia		Histo - Patológico:	
Sintomas e Sinais Principais <i>Dor e deformidade clavôide (V)</i>		Causa Médica	
TRATAMENTO			
Type:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico		<i>Cirurgia</i>	<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico
DURAÇÃO			
Data/Hora de Internação 13/08/2017 00:08:49	DATA ALTA <i>27/08/17</i>	DATA DE HOSPITALIZAÇÃO <i>27/08/17</i>	
ALTA			
Salida	Transferência	Óbito	
<input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Menorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação	
<i>THE 23/08/17</i>	Assinatura: _____	<i>Dr. Tarciso Ribeiro Moura</i> <i>03/09/2017</i> <i>CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO</i>	

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"
 Av. Higino Corrêa, 1642 - Fone: (86) 3216-1258 - Fax: (86) 3216-1520
 CEP.: 64014-090 - Teresina - PI . CNPJ.: 07.444.169/0002-25 - CMC. 035.372-8

DV 01-03-79



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 23/03/1979
Nº DO PRONTUÁRIO 171662 SALA OP
CÓD DA CIRURGIA: 408010-150

Descrição da Cirurgia:

- (1) Paciente é paciente de princi-
pial Negro e pleto e MST
(2) Acus longitudinal no clavícula
(3) Retrato interpondo de parte
molar.
(4) Pediu-se o fragmento principa-
(5) Alargado place de neutralizar
(6) Sutura e curativo

Dr. Teófilo
Ortopedista
Ortopedia
Médico

Cirurgia:

Osteomíctex com placas de clavícula (D)

Cirurgião: Dr. Teófilo

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: LIMA

Circulante:

Hára
1954
CONSELHO MÉDICO



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

Nº ORDEM.....: 66573
NOME.....: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO
MÉDICO SOLIC:
DATA LAUDO...: 28/08/2017
CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 24/08/2017
IDADE: 38 anos
CRM: -PI
CÓDIGO: 23614

RX CLAVICULA DIREITA

O estudo radiológico da clavícula direita realizado nas incidências em rotação interna e rotação externa demonstra:

- Presença de fratura no terço médio da clavícula direita fixada com placa e parafusos metálicos.
 - Articulações acrômio-clavicular e gleno-umeral preservadas.
 - Espaço subacromial conservado.
 - Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Controle pós operatório.

Ivanforsen

IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Liv-Higoo-Dunca 1542 - Hotel - Târgoviște
CER 64014-220 CNP 07-444-1395002-25

Telefone: (86) 3227-6265
Fax: (86) 3215-1520



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 65118
PACIENTE: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO
NOME DA MÃE: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO
DATA DO NASCIMENTO: 21/03/1979
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 14/08/2017
DATA DO LAUDO: 25/08/2017
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO EM AP

Fratura completa, desalinhada, no terço médio da clavícula.

Fraturas no aspecto posterior do 2º ao 5º arcos costais.

Aumento da densidade e volume das partes moles adjacentes.

*Correlacionar com dados clínicos.

Nayra Virginie S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

Av. Hicino Gunha, 1642 – Brotas – Teresina/PI
CEP 64014-220 – CNPJ 07.434.159/0002-99

Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO 65118
PACIENTE: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO
NOME DA MÃE: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO
DATA DO NASCIMENTO: 21/03/1979
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 14/08/2017
DATA DO LAUDO: 25/08/2017
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA EM AP

Fratura completa, desalinhada, no terço médio da clavícula.

Fraturas no aspecto posterior do 2º ao 5º arcos costais.

Aumento da densidade e volume das partes moles adjacentes.

*Consultar com dados clínicos.

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1917. 16 PAGES.
1917. MAR. 14. 65-9

~~Kayla Virginia S. Costa~~
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COST
CRM: 332

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilheus - TO - 64540-000
CEP: 64014-220 - CNPJ 37.443.150/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265
Fax: (86) 3216-1520



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 62472
ATENDIMENTO: 424234
PACIENTE: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO
DATA DO NASCIMENTO: 21/03/1979
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
POSTO: POSTO II ENF: 208 LEITO: 0

DATA: 14/08/2017

SEXO: F
IDADE: 38a 4m 25d

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

ERITROGRAMA:

Hemácias.....: 4,66 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 13,20g/dl
Hematócrito.....: 40,0%

Valores de Referências
Homem Mulher
4,5 - 6,5 3,9 - 5,8
13,5 - 18,0 11,5 - 16,4
40,0 - 54,0 36,0 - 47,0

LEUCOCRAMA:

Leucócitos.....: 4.700mil/mm³

Valores Referências
4.000 - 10.000

Bastões.....:
Segmentados.....: 62
Eosinófilos.....: 1
Basófilos.....:
Linfócitos.....: 36
Monócitos.....: 1
Metamielócitos.....:
Mielócitos.....:

3 - 5 %
50 - 66 %
2 - 4 %
0 - 1 %
20 - 30 %
4 - 8 %
0 - 0 %
0 - 0 %

OBS:

Plaquetas.....: 221.000mm³

100.000 mm³ a 400.000
mm³

OBS:

Método: Impedância/Difrações

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP.QQPM-FARMAC.BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Higino Cunha, 1642 — Ilhotas — Teresina/PI
CEP 64014-220 — CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 62472
ATENDIMENTO: 424234
PACIENTE: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO
DATA DO NASCIMENTO: 21/03/1979
CONVÉNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
POSTO: POSTO II ENF: 208 LEITO.

DATA: 14/08/2017

SEXO: F
IDADE: 38a 4m 25d

COAGULOGRAAMA

Material: Sangue

Tempo de Sangria.....: 2,30 min.
Método:Duke Normal: 1,0 a 4,0 Minutos

Tempo de Coagulação.....: 8,30 min.
Método:Lee-Write Normal: Até 12 Minutos

Prova do Laço.....: NEGATIVA
Normal: Negativo

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: TOTAL

Francisco das Chagas Macêdo
Cap. QOPM-Farmac.Bioquímico
CRF-PI 245

FRANCISCO DAS CHAGAS MACÊDO
CAP. QOPM-FARMAC.BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Higino Cunha, 1642 - Ihotê - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 62472
ATENDIMENTO: 424234
PACIENTE: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO
DATA DO NASCIMENTO: 21/03/1979
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MÉDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
POSTO: POSTO II **ENF:** 208 **LEITO:**

DATA: 14/08/2017

SEXO: F
IDADE: 38a 4m 25d

CREATININA..... 0,7 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
De 0,4 a 1,4 mg/dl

UREIA..... 18 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência:
15 a 40 mg/dl

GLICOSE..... 86 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
70 a 99 mg/dl

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEÔO
CAP.QOPM-FARMAC.BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F.FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Higino Cunha, 1642 – Ilhotas – Teresina/PI
CEP 64014-220 – CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520

2017-08-13 15:06

ID : 001

Name : CIPRIANA MARIA

Age : 38yrs. Sex : FEM

H : 0cm W : 0kg

Heart Rate : 82 bpm
PR int. : 180 ms
QRS dur. : 84 ms
QT/QTc : 344/403 ms
P-R-T axes : 59-59-59

3Channel + 1 Rhythm Report

... Analysis Result ...

Ritmo Sinusal Normal.

Baixa Voltagem do QRS

Eixo Normal.

**Eixo é 1M podem estar incorretos devido à baixa voltagem.

[Alterações Moderadas do ECG]

*** Comentário ...

II

Hospital : uc, ♂
Confirmed by :

PACIENTE : CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO

DATA NASCIMENTO : 21/03/1979

MEDICO SOLICITANTE : DR DARCI

II

2 ecgs / 1

ECG

CONFIRMADO

DR DARCI

V1

III

V5

aVF

V6

aVL

V2

IV

V3

aVR

V7

V8

V9

V10

V11

V12

V13

V14

I

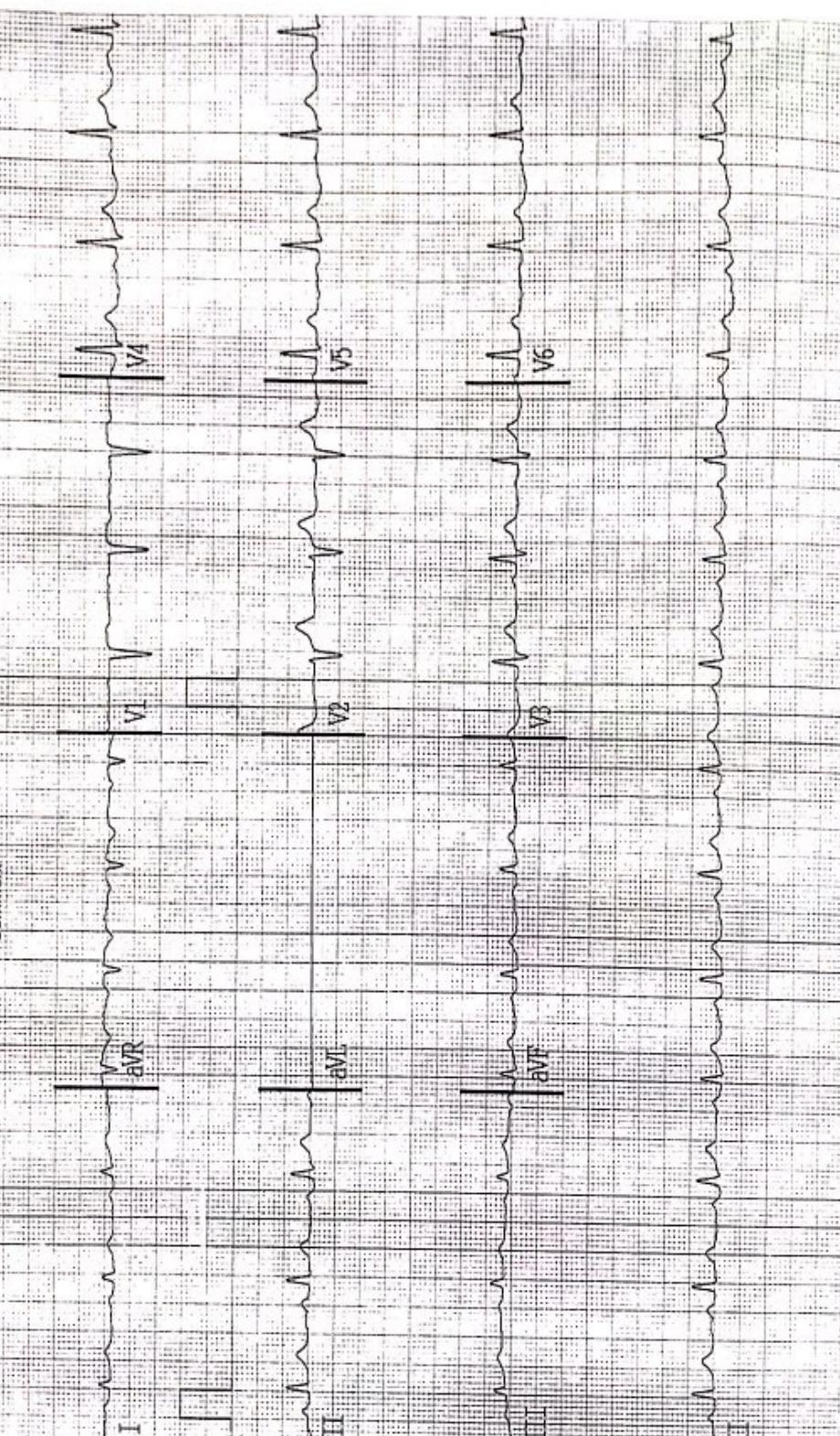
II

III

aVR

aVL

aVF



0

All Channels: 10mm/mV 25.0mm/sec.

Bonnet Co. Ltd

BMS Plus - EKG Viewer



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPM

07 444 7900-2000
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
PÓLICIA MILITAR DO PIAUÍ
AV. HIGINO CUNHA, 11400, ILHOTAS
CEP 64010-120 - SERRA D'ÁGUA

Ficha para Agendamento da Consulta

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	RG: 1891982	CPF:	CNS: 700001150364402
Paciente: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO		Prontuário: 278662	Raça / Cor: PRETA
Nascimento: 21/03/1979	Idade: 38 Anos 4 Meses 22 Dias	Sexo: F	CEP: 64550970 UF: PI
Nome da Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO		Bairro: CENTRO	Nº: 0
Endereço: JOAQUIM DIAS DE OLIVEIRA	Município: SAO MIGUEL DO FIDALGO	Complemento:	
Dados Clínicos: <i>V.O de rotina e clínica</i>			
Data: 13/08/2017			
DADOS DO AGENDAMENTO:			
Local do Atendimento: _____			
Endereço (Logradouro, Número/lot): _____			
Nome do Profissional de Saúde: _____			
Data e Hora p/ Comparecimento: 13/08/2017 as _____		Carimbo / Ass. do Responsável pelo Agendamento: <i>Terrinha</i>	
CARO USUÁRIO: Compareça à unidade de saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada. Se entregar esta ficha se houver atendimento. Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para se seja agendada nova consulta. Esta consulta é paga pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa.			
		Nº da Autorização: <i>13/08/2017</i>	



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA 13/08/17 HORA: _____ Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE HRC MUNICIPIO: _____

MÉDICO: H. J. S. G. G. G. G. CRM: 205278

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Guilherme M. M. Oliveira

Idade: _____ anos Sexo: () Masculino () Feminino

HDA: Frequente a urgências devido a convulsões

Frequente a urgências devido a convulsões

com 1 mês

*José Augusto Sales Lopes
Gabinete Especial 302
20170832 102*

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR

- 4- Espontânea
3- Comandos
2- A dor
1- Nenhuma

RESPÔSTA VERBAL

- 5- Orientado
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- Nenhuma

SINAIS VITais
T ax. _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemias: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venenosa _____
() Aspiração () Medicamento _____
() Curetivo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: _____

Clínica / Posto: _____ Senha: 001708322619

Assinatura e carimbo do Médico

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
ASSEPLAN / CENTRO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: <u>H20C - ORIGEM</u>	Para: <u>H P M.</u>
Nome da Pessoa Encaminhada: <u>Giovanni M. M. Correia</u>	Registro
Motivo do Encaminhamento: <u>Pronto atendimento emergencial</u> <u>A O com grande dor</u>	
Observações: <u>Não informou se estava no</u> <u>Reconhecido</u>	

FICHA RETORNO



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL D.RCEU ARCOVERDE
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1a via - Farmácia / 2a via - Paciente



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL D.RCEU ARCOVERDE
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1a via - Farmácia / 2a via - Paciente

Identificação do Emissante	
Nome Completo:	<i>D. Henrique</i>
CRM:	12345
UF do CRM: PI	
Endereço Completo:	
Telefone:	

Paciente: *Cipriano Henrique de Conceição*
Endereço:

Cetalexina 500 mg 20 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 6/6 horas por 7 dias
Flotac 70mg 14 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 12/12 horas por 7 dias

*Dr. Henrique
Ortopedista
Cirurgião Dentista*Data: *23/08/17*

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome Completo	
RG	Órgão Emissor
Endereço	
Cidade	UF:
	Data:

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome Completo:	
RG:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
	Data:

"Humanizando e cuidando bem da sua saúde"

Av. Higino Cunha, 1642. Fone: (86) 3216-1256. Fax: 3216-1520
CEP: 64014-000 Teresina Piauí CNPJ 07.444.159/0002-25 C.M.C.: 035.372-8

"Humanizando e cuidando bem da sua saúde"
Av. Higino Cunha, 1642. Fone: (86) 3216-1256. Fax: 3216-1520
CEP: 64014-000 Teresina Piauí CNPJ 07.444.159/0002-25 C.M.C.: 035.372-8



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME

Graian Maria de Conceição

ATESTADO MÉDICO

Atesto que este paciente foi submetido a procedimento cirúrgico necessitando de repouso para tratamento médico

Data da cirurgia: 23/09/17

Dias de licença previsto

90 (noventa)

CID da patologia:

S92.0

TERESINA / 23/09/17

Dr. Tiago Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
C.R.P.: 3534

"Humanizando e cuidando bem da sua saúde"
Av. Higino Cunha, 1642. Fone: (86) 3216-1256 - Fax: 3216-1520
CEP: 64.110-090 Teresina Piauí CNPJ: 07.444.158/0002-25 C.M.C.: 035.372-8

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO

Líquido amarelo do Pâncreas

Atetodo nefídico

Ateto para os deuses fies que
a paciente supostada operou fratura
de clavícula Direita em resiliência
fisiológica; Preenche nenhuns de
festões para resiliência

Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3918 TEOT: 13135

16/12/17.

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
CRM-PI 3918/ TEOT 13135

Rua Defala Attem, 755 - Centro • Floriano PI
(89) 3522-3108
celso-coimbra@hotmail.com



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 credito 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.

E 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 entre 16 e 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 ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Endereço Bairro Cidade Estado Bairro	CPF Titular da conta Número Casa 50 Estado CEP Telefone (DDD) (89) 99401-6900	Profissão Complemento
CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO CJ RESIDEN JOAQUIM ANTONIO NETO MULTIRÂO SÃO MIGUEL DO FIDALGO PIAUÍ	008.067.203-52	LAURADORA

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

REFUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
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	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	AGÊNCIA Nº	CONTA Nº
1383	03 00029334 0	Informar dígito se existir.	Informar dígito se existir.

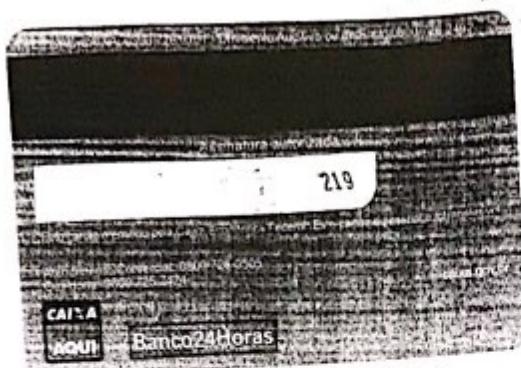
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

DEIRAS-PI, 20 de Julho de 2018
Local e Data

Cipriana maria da conceição
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Capte 001 V001/2017



Scanned with CamScanner

197-305425542-7
16/JUL/2018 HORA DE 12:22:26
LOT. 16.012341-8 TERM 017386
LOCALIDADE: OEIRAS
AG. VINCULADA: 1383
SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA
1383,00029334-8
NOME: CIPRIANA MARIA DA CUNCEIC
DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
DIA LIMITE SALDO
013/07 0,00
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA
DIA LIMITE SALDO
013/07 0,26
RESUMO EM 13/07 SALDO
0,26
RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO 0,00
SALDO DISPONIVEL 0,26
SALDO TOTAL 0,26
197-305425542-7
1ª VIA



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO PIAUÍ
ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

FICHA CLÍNICA GERAL

DADOS GERAIS

DADOS GERAIS											
1. NOME DO PACIENTE											
2. SEXO		3. ESTADO CIVIL		4. DATA DE NASC.		5. RACA / COR		6. CARTAO SUS (CNS)		7. ENDEREÇO	
<input type="checkbox"/> Feminino		<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Judic.		27/10/1972		<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela		XXXXXXXXXXXXXX		Residencia	
<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Uniao Estavel <input type="checkbox"/> Viuve(s) <input type="checkbox"/> Ignorante				<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indigena					
8. FILIAÇÃO							NOME DA MÃE: <i>Silvana Souza da Silva</i>				
							NOME DO PAI:				

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO

Nº Sinistro: 3180368984
Vitima: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO
Data do Acidente: 14/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

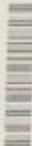
Senhor(a),

Apos a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número 3180368984), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em 14/07/2017. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi negado.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone 0800 022 12 04 (ligação gratuita) ou 0800 022 12 06 que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Carta n° 13271335