

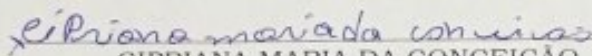
PROCURAÇÃO "AD - JUDICIA"

OUTORGANTE: **CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO**, brasileira, casada, lavradora, RG n° 1.891.982, CPF n° 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: **Fabício 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, n° 275-A, Centro, na Cidade de Oeiras-PI, CEP n° 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 Juízo, Instancia ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses da outorgantes nas contrarias, 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

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
CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"		REGISTRO GERAL 1.891.982	DATA DE EMISSÃO 14/11/17
		NOME CÍPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO	
		FILIAÇÃO TERESINHA MARIA DA CONCEIÇÃO	
		NATURALIDADE SÃO JOSÉ DO PEIXE-PI	DATA DE NASCIMENTO 21/03/79
		DOC. ORISEM CERT. NASC. 4854 L 6 F 10V	
		EXP SÃO JOSÉ DO PEIXE-PI 28/11/80	
CÍPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO 1090528		CPF 008.067.203-52 1090528	
ASSINATURA DO TITULAR		ASSINATURA DO DETECTOR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.280/83	





SEU CÓDIGO
1530962-2

COMPANHIA ENERGÉTICA DO BRASIL
Av. Maranhão, 750 - Centro - Teresina - PI
CNPJ: 06.845.743/0001-00 - Insc. Estadual: 18.319.383-9
Nº de Fisco: 11.111.111-11 - Fatores: 14/05/2018 - Série: 63
Regime especial de tributação adotado: 04/05/2018

Nº da Nota Fiscal 005341862

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEI (Art. 10, inciso II, da Lei nº 10.418 de 28 de abril de 2002)

CONSUMO	VENCIMENTO	CONSUMO ILUMINAC	TOTAL A PAGAR
MAIO/2018	14/05/2018	63	54,45

LINDIANY AMELIA FEITOSA PINHO
CJ RESIDEN JOAQUIM ANTONIO NETO 10 CASA 10 B-URBANO
CPF: 00066074020334
CEP: 64.558-000 - SAO MIGUEL DO FIDALGO ROT: 108.643.04.02.1269

INDICADORES DE CONSUMO	DADOS DE LEITURA
Atual: 910	Atual: 07/05/2018
Anterior: 847	Anterior: 06/04/2018
Consumo de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 07/06/2018
Consumo Médio: 63	Emissão: 04/05/2018
Consumo Faturado: 63	Apresentação: 07/05/2018

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Tipologia	Nome	Endereço	CEP
RESIDENCIAL	MONO	A1214895	1.011.1.1

HISTÓRICO DE CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA
ABR/18 69	CONSUMO 63 A R\$ 0,761598 = 47,98
MAR/18 74	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 5,25
FEV/18 78	CORRECAO MONETARIA IG 04/18-00 0,01
JAN/18 81	MULTA POR ATRASO 04/18-00 1,03
DEZ/17 78	JURDS DE MORR DE IMPO 04/18-00 0,18
OUT/17 71	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,14
NOV/17 75	
AGO/17 79	
SET/17 79	
AGO/17 64	
JUL/17 3	

TARIFA COM TRIBUTOS:
8 A 63 - 0,00334

Declaro que os dados de consumo e de faturamento são corretos e que não há pendências de pagamento de energia elétrica em nome desta unidade consumidora.

RESERVA DO FISCO 0679.5223.7A7E.CDOF.C789.0C75.C564.0C74

COMPOSIÇÃO DA CONTA	IMPOSTOS E TAXAS
Distribuição: 10,01	Base de Cálculo: 47,98
Energia: 19,03	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 2,99	Valor do ICMS: 10,55
Distribuição: 3,03	Valor do PIS: 0,42
Tratamento: 12,92	Valor do COFINS: 1,95

INDICADORES DE CONTABILIDADE					
6,87	13,74	27,48	3,80	7,60	15,20
0,00			0,00		0,00

SIMPLICIO MENDES 03/2018 21,56



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

Endereço
PI-241, LOCALIDADE BOA FÉ, Nº:
Complemento

Bairro
INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO
RG: 1.891.982 SSP/PI
Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEIÇÃO
Endereço: RESIDENCIAL JOAQUIM ANTONIO NETO, CASA 10, Nº
Bairro: OUTROS - ZONA URBANA
Cidade: SÃO MIGUEL DO FIDALGO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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 foi socorrida pela a CLAVÍCULA DIREITA e TRÊS COSTELAS, também do 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 - Matr. 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

~~Bel. Francisco Rodrigues do Silva~~
~~Delegado de Polícia~~
~~Mat. 1086148~~

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
GERÊNCIA DE POLÍCIA 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 (incluindo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA 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 interdita 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 MARIA 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 (DDD)

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:

Assinilar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda 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 do respectivo 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 de 2018

Local e Data

+ Cipriana Maria da Conceição

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL 1.001 V001/2017

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO

RG nº 1.891.982, data de expedição 14/11/17, 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>PIAUÍ</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 SÃO MATEUS DO FUNIL no Estado de
PARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
CONTINHO RESUMIDA PARANÁ, nº _____,
 complemento -1, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO cujo o condutor era
CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO.
 Veículo: PAF-MOTOCICLO
 Modelo: Honda - PR-400
 Ano: 2011
 Placa: PEB-5289
 Chassi: 9C2HB0210FR412602
 Data do Acidente: _____
 Local e Data: _____

1º OFÍCIO

4º OFÍCIO

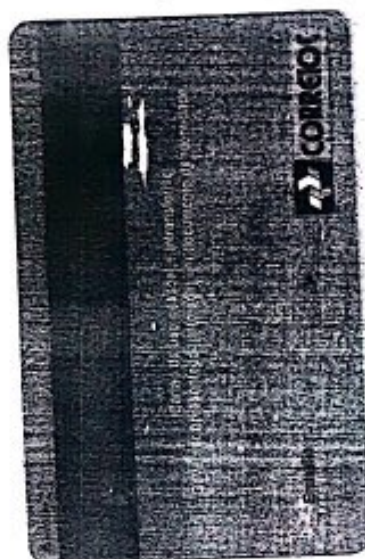
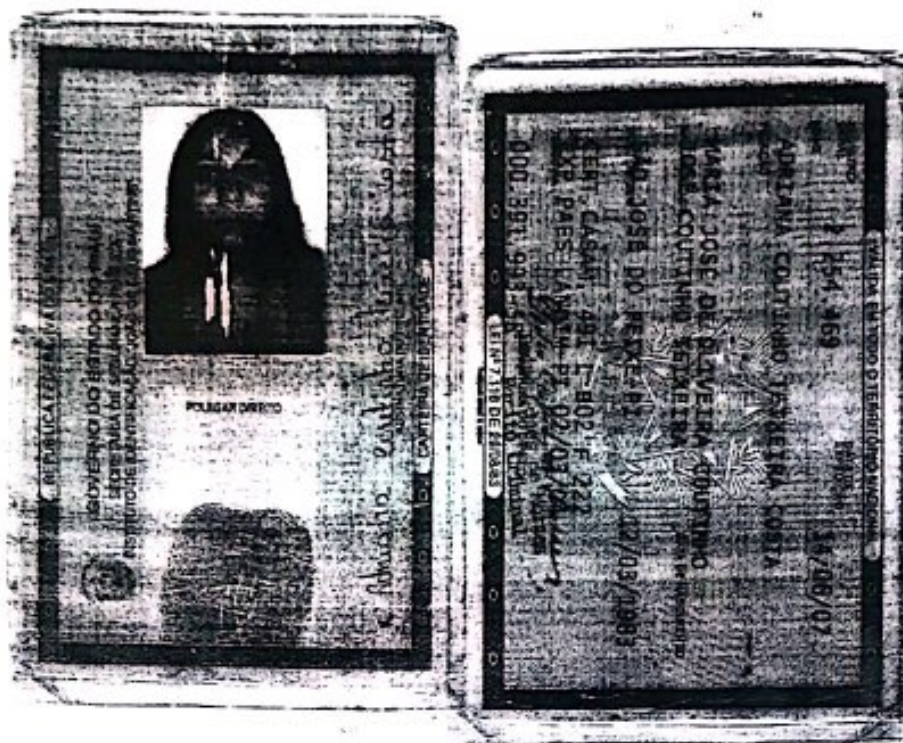
Adriana Coutinho Teixeira Costa
 Assinatura do Declarante

Cipriana Maria da Conceição

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 / 9402-9316 e-mail: cartorioevangelina@gmail.com	
	<p>RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: <u>ADRIANA COUTINHO TEIXEIRA COSTA</u>, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE, Oeiras-PI, 13/07/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: 110-57291 (F30P19)</p> <p><u>Elisângela Mauriz de Sá e Silva</u> ELISÂNGELA MAURIZ DE SÁ E SILVA-ESCREVENTE AUTORIZADA</p> <p><input type="checkbox"/> EVANGELINA DE CARVALHO SA E FREITAS - TABELA <input checked="" type="checkbox"/> ELIVANE MAURIZ DE SA E SILVA <input type="checkbox"/> ELISÂNGELA MAURIZ DE SA SIQUEIRA <input type="checkbox"/> GILRÂNIA OLIVEIRA DE SOUSA</p>
	<p>RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: <u>CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO</u>, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE, Oeiras-PI, 16/07/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: 110-57337 (F60P21)</p> <p><u>Elivane Mauriz de Sá e Silva</u> ELIVANE MAURIZ DE SÁ E SILVA-ESCREVENTE AUTORIZADA</p> <p><input type="checkbox"/> EVANGELINA DE CARVALHO SA E FREITAS - TABELA <input checked="" type="checkbox"/> ELIVANE MAURIZ DE SA E SILVA <input type="checkbox"/> ELISÂNGELA MAURIZ DE SA SIQUEIRA <input type="checkbox"/> GILRÂNIA OLIVEIRA DE SOUSA</p>

POR AUTENTICIDADE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PI		Nº 013156900965	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COD. RENAVAM	EXERC.	EXERC.
1	01026335873	2017	2017
NOME			
ADRIANA COUTINHO MATEIRA COSTA			

CPF / CNP	PLACA		
00039199355	PIB-5289		
PLACA ANT. / LE	CHASSI		
	9C2HB0210FR412602		
ESPECIE / TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLE/NEUTRUM	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/POP100	2014	2015	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
02P/0097CC	PARTICU	BRANCA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS	
1		1º IPVA	
P		2º	
V		3º	
A			
PREV. O. TARIFARIO (R\$)	ICF (R\$)	PREV. O. AL. (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
000,00	000,00	000,00	22/09/2017
SEGURO OBRIGATORIO			
OBSERVAÇÕES			
A/FID. A ADMINISTRADORA DE CONS. NAC. HON			
DA NAO VALIDO PARA TRANSCRENCIA			
LOCAL	DATA		
SAO MIGUEL DO FIDALGO	01/11/2017		
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
PI Nº 013156900965 - BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	CPF / CNP	PLACA	
1	00039199355	PIB-5289	
RENAVAM	MARCA / MODELO	CHASSI	
01026335873	HONDA/POP100		
ANO FAB.	DATA	CHASSI	
2014	09	9C2HB0210FR412602	
PREMIO TARIFARIO			
000,00	000,00	000,00	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	ICF (R\$)	VAL. UNICO DO SEGURO (R\$)	
000,00	000,00	185,50	
DATA DE PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE OUTUBRO	
22/09/2017			
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			

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

UPA
24h

Imp: 14/07/2017 18:12:05

IDat: MARCELLA MARCOS

ESTAB: UPA12-PCI

BOLETIM DE ENTRADA (B1)

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: 64558-000			
Nascimento: 21/03/1979	Idade: 38a:4m:23d	Sexo: Feminino	Fone: - -
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão:		Documento: RG: 1.891.982 - 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: HIPERTENSA: PACIENTE CONDUZIDA PELA AMBULANCIA DE SAO MIGUEL DO FIDALGO, CONDUTOR (ERIVAN), REFERE ACIDENTE DE MOTO, TRAUMA CONTRA PAREDE, ALCOOLIZADA, NÃO LEMBRA DO MOMENTO DO ACIDENTE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA TRAUMA NA CABEÇA; FASICA, EM MACA, ORIENTADA; REFERE TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA, DOR E ESCORIAÇÕES NO HIPOCONDRIO DIREITO, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA OUTRAS DOENÇAS CRONICAS, P.A= 130 X 87 MMHG; P= 85 BPM;			TURI REIS FEITOSA COREN-PI153392 Em: 14/07/2017 17:56:26

Ass.Profissional Clas. Risco:

SSVV: (Hora: ____:____)					
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 0 bpm	Pressão: 0 mmHg	
DADOS CLÍNICOS: HIPERTENSA: PACIENTE CONDUZIDA PELA AMBULANCIA DE SAO MIGUEL DO FIDALGO, CONDUTOR (ERIVAN), REFERE ACIDENTE DE MOTO, TRAUMA CONTRA PAREDE, ALCOOLIZADA, NÃO LEMBRA DO MOMENTO DO ACIDENTE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA TRAUMA NA CABEÇA; FASICA, EM MACA, ORIENTADA; REFERE TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA, DOR E ESCORIAÇÕES NO HIPOCONDRIO DIREITO, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA OUTRAS DOENÇAS CRONICAS, 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 MEDICA: SFO, 94 500ML EMV 18:40 DIPIRONA 1AMP+AD EV 18:40 DECADROM+VOLTAREN, ASSOCIAR E FAZER IM RECUSOU *5F0,9% - 200 ml EV alerta Tunal 500mg - 1x 20 hrs... 18:05					
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: ENCAMIINHADO PARA MEDICAÇÃO					
DATA: / /		HORA:			

Assinatura Paciente ou Responsável

Marcello Silva Marcos
 CRMP-PI 5174 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



SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: _____

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

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Paciente vítima de acidente automobilístico, estável hemodinamicamente. Apresenta fratura de clavícula - D. e fratura de omómero contida na diáfise. Solicito melhor avaliação e conduta! Grato!

Dr. Neylon Rodrigo de S. Amorim
CRM - PI 6909
Médico

Data: 14 / 07 / 2017

Assinatura: _____

PARECER:

14-07-17
Paciente vítima de acidente automobilístico, estável hemodinamicamente. Apresenta fratura de clavícula - D. e fratura de omómero contida na diáfise. Solicito melhor avaliação e conduta! Grato!

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

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 da Silva
Ortopedia Especialista
CRM - PI 2052 107

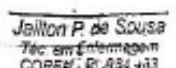
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: _____

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

M		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
A		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 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		

T		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
A		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 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		

N		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
O		0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	 Jailton P. de Sousa Téc. em Enfermagem COREN: PI-004.933
		0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		

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) 974 23 - 9145

FOLHA DE ADMISSÃO

Nome do(a) Paciente: Cipriana Maria da Conceição
Endereço: Rua Multidão Cidade: S. Miguel do Fidalgo Estado: PE
Registro do HRDC: 23772 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: Traciela Maria da Conceição
Nº Documento do Paciente: RG. 1.891.782 SSP/PI
Responsável: _____
Data do Nascimento: 01/03/1979 SEXO: Masculino ☐
CNS 700 0011 5036 4462 Feminino ☒

CLÍNICAS:Médica: ☐Cirúrgica: ☒Obstétrica: ☐Psiquiátrica: ☐Pediátrica: ☐Outras: ☐Data da Internação: 11/08/2017 Às 22:06 hsData da Alta: 1/1/1 Às _____ hs**ANAMNESE:**

de período de 14 dias de
doença, e com febre
H.D. =

RESUMO DA ALTA

Condições de Alta:

Curado: ☐Melhorado: ☐Transferido: ☐Óbito: ☐Por evasão: ☐A pedido: ☐Data: 1/1/1Médico Responsável
CRM e CPF

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 23772
Nome.....: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO
Documento.....: 1.991.982 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 700001150364402
Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 64558-000
Telefone.....: 000089994239145
Município.....: 2210391 - - PI
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: PIAUI

DADOS DA INTERNAÇÃO

Forma de Entrada...: 1 - RESIDENCIA
Clínica.....: 001 - 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	
Nome: HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO		06.553.564/0013-71	
Endereço: R. Rui Barbosa, 586		Município: OEIRAS	UF: PI
CEP: 64.500-000	FONE: (89) 3462-1213		
ÓRGÃO EMISSOR			
Nome do Paciente: CLARIANA MARIA DA CONCEIÇÃO			
Endereço-Rua-Número: LOC. MULTIRAC			
Município: MIGUEL DO FIDALGO			
UF: PI			
CEP: 64.558-000	Data do Nascimento: 01.03.1979	SEXO: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/>	CONDIÇÃO: Segurado <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro Dep. <input type="checkbox"/>
Nome do Segurado			
PIS/PASEP Nº Individual			
Vínculo com a Previdência: Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Segurado <input checked="" type="checkbox"/>			
CNPJ da Empresa: 06.553.564/0013			
CPF do Médico Solicitante: 150.715.373-20	Proced. Solicitado: 0100.008-8	Cart. Int.: 02	Data Emissão: 11.08.17
CPF Médico Responsável: 138.141.173-8		CPF Médico Responsável: 138.141.173-8	
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		Causa Externa	CNPJ da Seguradora
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos: Paciente vítima de acidente de trânsito, com fratura			
Condições que Justificam a Internação: fratura fechada			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas: radiografia + exame físico + exames complementares			
Diagnóstico Inicial: FRATURA (aberta)		Clínica: Cirúrgica <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Cli. Médica <input checked="" type="checkbox"/>	
Procedimento Solicitado: 1 no tratamento clínico		Fisioterapia <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/>	
Assinatura do Médico Solicitante: [Assinatura]		CRM: 1589	Data: 11.08.17

MS-DATASUS
VERSÃO 14.10

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

PAG.: 42
DATA: 08/09/2017

O E: E220000001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 09 / 2017

Data Autorização: 11 / 08 / 2017

Num AIH: 221710205876-5 Situação: EXP ORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 09/2017

Especialidade: 03 - CLINICOS Orgão Emissor: E220000001 CRC: 0583C079FE Doc médico solicitante: 170372001800007
Doc autorizador: 70570945.438030 Doc med resp: 207284649980001 Doc diretor clínico: 207284649980001 CNS: 70000115036440-2
CNES: 2777762 - HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO Prontuário: 23772
Paciente: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 1891982
Data Nasc.: 01 / 03 / 1979 Sexo: FEMININO Nome da Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO
Responsável pac.: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA Telefone: (89)9942-39145 Muda Proc.7: NÃO
Endereço: ACESSO MULTIRAO Bairro: ZONA RURAL Raza/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA
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:
Caráter atendimento: 02 - URGENCIA
Data Internação: 11 / 08 / 2017 Data saída: 12 / 08 / 2017 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: - AIH Posterior: -
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador: - CNAER: -
Vínculo Previdência: - CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNS/CNPJ	Apurar Valor	Qtd	Compl	Descrição
2	030106008	170372001800007	225125	2777762	2777762	1	08/2017	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA
2	030106008	170372001800007	225125	2777762	2777762	1	08/2017	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO

CID SECUNDÁRIO

Cid Característica Descrição
W199 PREEXISTENTE QUEDA SEM ESPECIFICACAO - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos Número d) Saídas Nº Pré-Natal:
Vivos: Mortos: Altas: Transf: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

*De acordo com a Portaria SASMS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº PRONTUÁRIO:

NOME DO PACIENTE: *Capitana Maria da Conceição*
DATA DE NASCIMENTO: *24/05/1979*

ENFERMARIA: 61

LETO: (1)

Nº PRONTUÁRIO:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

$$\frac{24}{108} = \frac{2}{9}$$

22:00 PA = 130X RO mmHg

7 May	36.6 C	—	Adm 2
10 May	41.0 C	—	Adm 3

proposito orientado, para

Worms

St. John's College, New York

mentre del secondo cui

de la casa de D. Felipe Arce

100-443886-1

Comments:	

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

--	--

--	--

[illegible][illegible]

--	--

--	--



16/07

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



NOME DO PACIENTE: <u>WILSON CRISTIANO BARBOSA</u>		ENFERMARIA: <u>C1</u>	LEITO: <u>C1</u>	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: <u>24/03/1974</u>	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
DATA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
12			G: 65 kg PA = 140 x 80 mmHg T: 36,4 °C pulso = 80 bpm F: 20 x 12 rpm	
08			O2 3L/min forada para Arter. Ouvindo boa mobilidade articular - nação fisiológica satisfatória.	
17		20:30	PA = 101 x 70 mmHg FAD = 36,4 °C	
			16:00h paciente evoluiu com estado consciente, eufórico, sem medo, orientado. Sem queixas no momento. Acute dieta. Bom humor, sem repouso. Eliminações fecais ocais e normais (2x). Cachimama na nasal sem agudização. SEM VACA.	
			Depto de Diagnóstico FARMACIA COLETA: 20/07/2024	
			PA = 101 x 70 mmHg FAD = 36,4 °C	



HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO OEIRAS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Antonio Teófilo de Carvalho Júnior.
Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo(a) médico(a) clínica Médica, dig. sobre os procedimentos clínica Médica. a que vou me submeter, ou a que vai ser submetido Externa Maria da Conceição. 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.

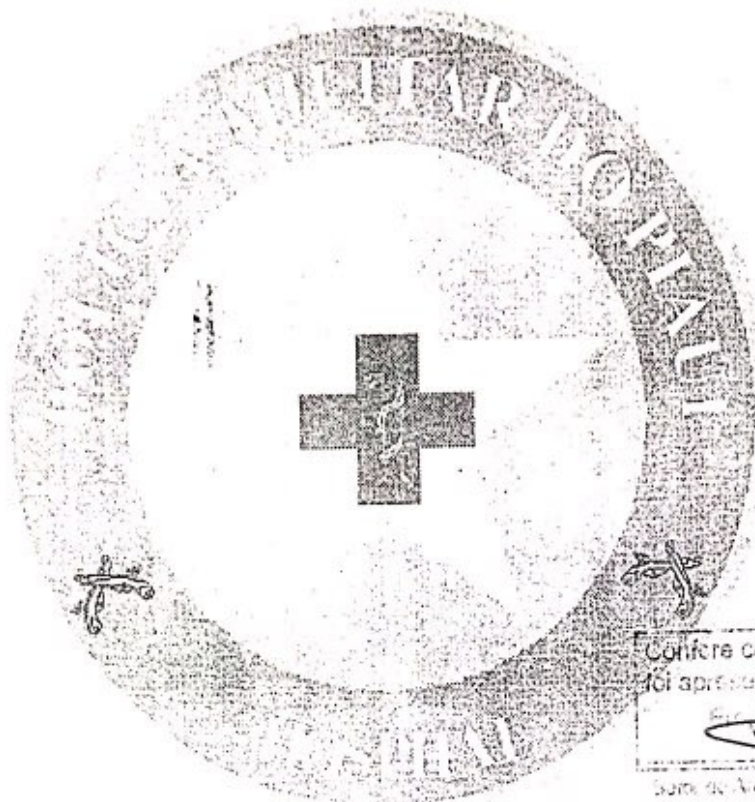
Oeiras-PI, 21 de Agosto de 2017.

Externa 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 original que
foi apresentado

26/10/17
[Signature]
Setor de Arquivo
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
Onde se encontra o prontuário nº 278697/17
Nº: 195198/2017 14494-S

NOME DO PACIENTE: Lipiana Maria da Conceição

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 278697/17.

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

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

Saúde
Secretaria de Estado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA

IDENTIFICACÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO
SOLICITADO

IDENTIFICACÃO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

LIBERAR: 29/08/2017
PROCED.: 1.0408/10130 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA
DT. S157: FRANCISCO
CID: 8420

IDENTIFICACÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE CIBRIANA MARIA DA CONCEICAO		8. DATA NASC 21/03/1971		9. SEXO: M/F F		DOCUMENTOS: RG 31811111812131415161718192021222324252627282930313233343536373839404142434445464748495051525354555657585960616263646566676869707172737475767778798081828384858687888990919293949596979899000102103104105106107108109110111112113114115116117118119120121122123124125126127128129130131132133134135136137138139140141142143144145146147148149150151152153154155156157158159160161162163164165166167168169170171172173174175176177178179180181182183184185186187188189190191192193194195196197198199200201202203204205206207208209210211212213214215216217218219220221222223224225226227228229230231232233234235236237238239240241242243244245246247248249250251252253254255256257258259260261262263264265266267268269270271272273274275276277278279280281282283284285286287288289290291292293294295296297298299300301302303304305306307308309310311312313314315316317318319320321322323324325326327328329330331332333334335336337338339340341342343344345346347348349350351352353354355356357358359360361362363364365366367368369370371372373374375376377378379380381382383384385386387388389390391392393394395396397398399400401402403404405406407408409410411412413414415416417418419420421422423424425426427428429430431432433434435436437438439440441442443444445446447448449450451452453454455456457458459460461462463464465466467468469470471472473474475476477478479480481482483484485486487488489490491492493494495496497498499500501502503504505506507508509510511512513514515516517518519520521522523524525526527528529530531532533534535536537538539540541542543544545546547548549550551552553554555556557558559560561562563564565566567568569570571572573574575576577578579580581582583584585586587588589590591592593594595596597598599600601602603604605606607608609610611612613614615616617618619620621622623624625626627628629630631632633634635636637638639640641642643644645646647648649650651652653654655656657658659660661662663664665666667668669670671672673674675676677678679680681682683684685686687688689690691692693694695696697698699700701702703704705706707708709710711712713714715716717718719720721722723724725726727728729730731732733734735736737738739740741742743744745746747748749750751752753754755756757758759760761762763764765766767768769770771772773774775776777778779780781782783784785786787788789790791792793794795796797798799800801802803804805806807808809810811812813814815816817818819820821822823824825826827828829830831832833834835836837838839840841842843844845846847848849850851852853854855856857858859860861862863864865866867868869870871872873874875876877878879880881882883884885886887888889890891892893894895896897898899900901902903904905906907908909910911912913914915916917918919920921922923924925926927928929930931932933934935936937938939940941942943944945946947948949950951952953954955956957958959960961962963964965966967968969970971972973974975976977978979980981982983984985986987988989990991992993994995996997998999100010011002100310041005100610071008100910101011101210131014101510161017101810191020102110221023102410251026102710281029103010311032103310341035103610371038103910401041104210431044104510461047104810491050105110521053105410551056105710581059106010611062106310641065106610671068106910701071107210731074107510761077107810791080108110821083108410851086108710881089109010911092109310941095109610971098109911001101110211031104110511061107110811091110111111211131114111511161117111811191120112111221123112411251126112711281129113011311132113311341135113611371138113911401141114211431144114511461147114811491150115111521153115411551156115711581159116011611162116311641165116611671168116911701171117211731174117511761177117811791180118111821183118411851186118711881189119011911192119311941195119611971198119912001201120212031204120512061207120812091210121112121213121412151216121712181219122012211222122312241225122612271228122912301231123212331234123512361237123812391240124112421243124412451246124712481249125012511252125312541255125612571258125912601261126212631264126512661267126812691270127112721273127412751276127712781279128012811282128312841285128612871288128912901291129212931294129512961297129812991300130113021303130413051306130713081309131013111312131313141315131613171318131913201321132213231324132513261327132813291330133113321333133413351336133713381339134013411342134313441345134613471348134913501351135213531354135513561357135813591360136113621363136413651366136713681369137013711372137313741375137613771378137913801381138213831384138513861387138813891390139113921393139413951396139713981399140014011402140314041405140614071408140914101411141214131414141514161417141814191420142114221423142414251426142714281429143014311432143314341435143614371438143914401441144214431444144514461447144814491450145114521453145414551456145714581459146014611462146314641465146614671468146914701471147214731474147514761477147814791480148114821483148414851486148714881489149014911492149314941495149614971498149915001501150215031504150515061507150815091510151115121513151415151516151715181519152015211522152315241525152615271528152915301531153215331534153515361537153815391540154115421543154415451546154715481549155015511552155315541555155615571558155915601561156215631564156515661567156815691570157115721573157415751576157715781579158015811582158315841585158615871588158915901591159215931594159515961597159815991600160116021603160416051606160716081609161016111612161316141615161616171618161916201621162216231624162516261627162816291630163116321633163416351636163716381639164016411642164316441645164616471648164916501651165216531654165516561657165816591660166116621663166416651666166716681669167016711672167316741675167616771678167916801681168216831684168516861687168816891690169116921693169416951696169716981699170017011702170317041705170617071708170917101711171217131714171517161717171817191720172117221723172417251726172717281729173017311732173317341735173617371738173917401741174217431744174517461747174817491750175117521753175417551756175717581759176017611762176317641765176617671768176917701771177217731774177517761777177817791780178117821783178417851786178717881789179017911792179317941795179617971798179918001801180218031804180518061807180818091810181118121813181418151816181718181819182018211822182318241825182618271828182918301831183218331834183518361837183818391840184118421843184418451846184718481849185018511852185318541855185618571858185918601861186218631864186518661867186818691870187118721873187418751876187718781879188018811882188318841885188618871888188918901891189218931894189518961897189818991900190119021903190419051906190719081909191019111912191319141915191619171918191919201921192219231924192519261927192819291930193119321933193419351936193719381939194019411942194319441945194619471948194919501951195219531954195519561957195819591960196119621963196419651966196719681969197019711972197319741975197619771978197919801981198219831984198519861987198819891990199119921993199419951996199719981999200020012002200320042005200620072008200920102011201220132014201520162017201820192020202120222023202420252026202720282029203020312032203320342035203620372038203920402041204220432044204520462047204820492050205120522053205420552056205720582059206020612062206320642065206620672068206920702071207220732074207520762077207820792080208120822083208420852086208720882089209020912092209320942095209620972098209921002101210221032104210521062107210821092110211121122113211421152116211721182119212021212122212321242125212621272128212921302131213221332134213521362137213821392140214121422143214421452146214721482149215021512152215321542155215621572158215921602161216221632164216521662167216821692170217121722173217421752176217721782179218021812182218321842185218621872188218921902191219221932194219521962197219821992200220122022203220422052206220722082209221022112212221322142215221622172218221922202221222222232224222522262227222822292230223122322233223422352236223722382239224022412242224322442245224622472248224922502251225222532254225522562257225822592260226122622263226422652266226722682269227022712272227322742275227622772278227922802281228222832284228522862287228822892290229122922293229422952296229722982299230023012302230323042305230623072308230923102311231223132314231523162317231823192320232123222323232423252326232723282329233023312332233323342335233623372338233923402341234223432344234523462347234823492350235123522353235423552356235723582359236023612362236323642365236623672368236923702371237223732374237523762377237823792380238123822383238423852386238723882389239023912392239323942395239623972398239924002401240224032404240524062407240824092410241124122413241424152416241724182419242024212422242324242425242624272428242924302431243224332434243524362437243824392440244124422443244424452446244724482449245024512452245324542455245624572458245924602461246224632464246524662467246824692470247124722473247424752476247724782479248024812482248324842485248624872488248924902491249224932494249524962497249824992500250125022503250425052506250725082509251025112512251325142515251625172518251925202521252225232524252525262527252825292530253125322533253425352536253725382539254025412542254325442545254625472548254925502551255225532554255525562557255825592560256125622563256425652566256725682569257025712572257325742575257625772578257925802581258225832584258525862587258825892590259125922593259425952596259725982599260026012602260326042605260626072608260926102611261226132614261526162617261826192620262126222623262426252626262726282629263026312632263326342635263626372638263926402641264226432644264526462647264826492650265126522653265426552656265726582659266026612662266326642665266626672668266926702671267226732674267526762677267826792680268126822683268426852686268726882689269026912692269326942695269626972698269927002701270227032704270527062707270827092710271127122713271427152716271727182719272027212722272327242725272627272728272927302731273227332734273527362737273827392740274127422743274427452746274727482749275027512752275327542755275627572758275927602761276227632764276527662767276827692770277127722773277427752776277727782779278027812782278327842785278627872788278927902791279227932794279527962797279827992800280128022803280428052806280728082809281028112812281328142815281628172818281928202821282228232824282528262827282828292830283128322833283428352836283728382839284028412842284328442845284628472848284928502851285228532854285528562857285828592860286128622863286428652866286728682869287028712872287328742875287628772878287928802881288228832884288528862887288828892890289128922893289428952896289728982899290029012902290329042905290629072908290929102911291229132914291529162917291829192920292129222923292429252926292729282929293029312932293329342935293629372938293929402941294229432944294529462947294829492950295129522953295429552956295729582959296029612962296329642965296629672968296929702971297229732974297529762977297829792980298129822983298429852986298729882989299029912992299329942995299629972998299930003001300230033004300530063007300830093010301130123013301430153016301730183019302030213022302330243025302630273028302930303031303230333034303530363037303830393040304130423043304430453046304730483049305030513052305330543055305630573058305930603061306230633064306530663067306830693070307130723073307430753076307730783079308030813082308330843085308630873088308930903091309230933094309530963097309830993100310131023103310431053106310731083109311031113112311331143115311631173118311931203121312231233124312531263127312831293130313131323133313431353136313731383139314031413142314331443145314631473148314931503151315231533154315531563157315831593160316131623163316431653166316731683169317031713172317331743175317631773178317931803181318231833184318531863187318831893190319131923193319431953196319731983199320032013202320332043205320632073208320932103211321232133214321532163217321832193220322132223223322343225322632273228322932303231323232333234323532363237323832393240324132423	
--	--	----------------------------	--	-------------------	--	---	--

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPI

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUAH

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUAH

AIH : 221710140800-C

UNI : HOSPITAL DA POLICIA - DIRCEU

CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO

L. LOPES 24-05-2017

PROCED. : 408010185

OP. SIST. FRANCISCO

CID : 3421

CRM-PI 21060522

CNS 17000000000000000000

Identifica

5 - Nome: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO

6 - Prontuário: 278662

7 - CNS: 700001150364402

8 - Nascimento: 21/03/1979 02:00: 9 - Sexo: F

CPF:

11 - Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO

12 - Fone: 89-9.4239145

13 - Resp: JOSE NILSON PEREIRA DA SILVA

14 - Cor: PRETA

15 - Ender.: JOAQUIM DIAS DE OLIVEIRA

0

CENTRO

19 - CEP: 64558-970

16 - Munic: SAO MIGUEL DO FIDALGO

17 - Cod. IBGE: 221039

18 - UF: PI

RG: 10919-82

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Crescente e progressiva da dor e redução da capacidade de marcha, não respondendo a medicação.

21 - Condições que justificam a internação:

necessidade de cirurgia.

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

RX

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.:

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

Fratura de clavícula (D) 5420

Procedimento Solicitado

408010185

27 - Procedimento Solicitado:

Artroscopia de punção de clavícula

Tempo SUS

29 - Clínica:

30 - Caracter.: 02

Ident.: 1

31 - Documento:

CPF

32 Dec. Med. Solic.

65265386491

33 - Nome Profissional / Assistente
EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data da Solicitação:

13/08/2017

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N.º Bilhete.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

43 - CNPJ Empresa:

45 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimb. (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: MONICA.CARVALHO

Consulta Local:

Consulta SUS: 201708122610

Ingressão: 08/17/10



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

13/08/2017

Pront.: 278662

Nome: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO

Nasc.: 21/03/1978 Sexo: F Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 424234 Enfermaria: POSTO II ENF 208 LEITO Letto: 208

Pai:

Mãe: IERESINHA MARIA DA CONCEICAO

RG: 1891962

Residência:

JOAQUIM DIAS DE OLIVEIRA
Nr.: 0
Cep: 64558970

Bairro: CENTRO
Cidade: SAO MIGUEL DO FIDALGO
Telefone: 89 - 94239145

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Paciente vítima de acidente de moto, apresentando fratura em clavícula direita com lesões mais graves.

DIAGNÓSTICO

Provisório:

CID

Principal:

CID S42.0

Procedimento:

Osteossíntese com placa.

Sintomas e Sinais Principais

Dor e deformidade em clavícula (D)

Causa Médica

Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☒ Médico Cirúrgico

Cirurgia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☒ Médico Cirúrgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação
13/08/2017 00:09:49

Data/Hora Alta
21/08/17

Data da Hospitalização
13/08/17

ALTA

Saída

Transferência

Óbito

- ☐ Curado
☒ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE 23/08/17

Assinatura:

Dr. Teresina Moura
Osteoartrologia

Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde
Av. Higinio Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1250 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

DI 03-79



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 23 / 11 / 2017
Nº DO PRONTUÁRIO: 178662 SALA: 08
CÓD DA CIRURGIA: 405010-150

Descrição da Cirurgia:

- 1) Paciente em posição de prone
- 2) sob bloqueio de plexo e MSP
- 3) Incisão longitudinal no clavicular
- 4) Retirada interposição de partes moles.
- 5) Pedúnculo e fragmento principal -
- 6) Apoplado placa de neutralização
- 7) Sutura e curativo

Dr. Tércio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia: Osteossíntese com placa e clavicular

Cirurgião: Dr. Tércio

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: LIAITE

Circulante:

Assinatura do Cirurgião
Tércio Dantas Moura

Aliza i mika

Num. 3518711 - Pág. 13



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

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 18/08/19 HORA: / / Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: H-200 MUNICÍPIO: _____

MÉDICO: Dr. João Manoel de Souza CRM: 20100

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Antônio M. N. Costa

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

HDA: _____

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA 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: 33 °C F: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio
- () Hidratação Venenosa
- () Aspiração
- () Medicação
- () Curativo
- () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: _____

Clínica / Posto: _____

Senha: 140822019

Assinatura e carimbo do Médico



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

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.


IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Lab. Físio. Corina, 1542 - Ilheus - Teresina-PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.108/0001-25

Telefone: (86) 3227-8265
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 DO OMBRO DIREITO EM AP

Fratura completa, desalinhada, no terço médio da clavícula.

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

Aumento da densidade e volume das partes moles adjacentes.

*Correlacionar com dados clínicos.

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 - Bixolas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.244.159/0002-50

Telefone: (86) 3227-6255
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 2° ao 5° arcos costais.
Aumento da densidade e volume das partes moles adjacentes.

*Correlacionar com dados clínicos.

Luiz Henrique de Sousa Costa
CRM-PI 3326
RUA JOSE DE ALMEIDA, 1446-9

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 332

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilópolis - TO-68100-000
CEP 84014-220 - CNPJ 07.443.150/0002-55

Telefone: (86) 3227-8265
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: 0J

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

LEUCOGRAMA:

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

IMPEDÂNCIA E DIFRAÇÃO
CONTROLE QUALIDADE
FARMACIA DO HOSPITAL

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

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

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

Telefone: (86) 3228-1250
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:

DATA: 14/08/2017

SEXO: F
IDADE: 38a 4m 25d

COAGULOGRAMA

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

9

FRANCISCO DAS CHAGAS MACIEL
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



**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: EDUAR 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

[Handwritten signature]

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
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 : 59-69-59

3Channel + 1 Rhythm Report

*** Analysis, Result ***

Ritmo Sinusal Normal

Baixa Voltagem do QRS

Eixo Normal

** Eixo e RM podem estar incorretos devido a baixa voltagem

(Alterações Moderadas do ECG)

*** Comentário ***

PACIENTE : CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO

DATA NASCIMENTO : 21/03/1979

MEDICO SOLICITANTE : DR DARGI

Hospital : uç, 07

Confirmed by :

2.0% / 1

II



0Hz-40Hz, AC 50Hz, EMG.

All Channels: 10mm/mV 25.0mm/sec

BMS Plus - EKG Viewer

Bionet Co., Ltd.



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

07 444 15000-0000
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA JACQUES KILIAN, 1111
AV. HIGINO OLIVEIRA, 1140 - ILHOTA
CEP 64014-020 - (085) 4216-1500

Ficha para Agendamento de Consulta

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	RG: 1891862	CPF:	CNS: 700001150364402
Paciente: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO	Prontuário: 278662	Rça / Cor: PRETA	
Nascimento: 21/03/1979	Idade: 38 Anos 4 Meses 22 Dias	Sexo: F	CEP: 64556970 UF: PI
Nome da Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO	Fone: 69-94239145	Nº: 0	
Endereço: JOAQUIM DIAS DE OLIVEIRA	Bairro: CENTRO	Complemento:	
Município: SAO MIGUEL DO FIDALGO			
Dados Clínicos: <i>Do de joelho e clavícula</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 às			
Carimbo / Ass. do Responsável pelo Agendamento:			
Nº da Autorização			

CARO USUÁRIO:

Compareça à unidade de saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Se entregue 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 À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 13/08/19 HORA: 11 N° DO TELEFONE:

HOSPITAL SOLICITANTE: HCRP MUNICIPIO:

MÉDICO: M. José Roberto de M. CRM: 205278

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: M. N. Oliveira

Idade: anos Sexo: () Masculino () Feminino

HDA: Fome, dor, sono, etc.

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

com 1 D

Assinatura e carimbo do Médico



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Farmácia / 2ª via - Paciente

Identificação do Emitente
Nome Completo: <i>Dirceu V. Moura</i>
CRM: _____ UF do CRM: PI
Endereço Completo: _____
Telefone: _____

Paciente: *Cipriano Juari de Conceição*
Endereço: _____

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

Data: *23/08/17*

Dr. Tarciso Moura
Assessor de Saúde
Assessor de Saúde

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome Completo: _____	_____
RG: _____ Órgão Emissor: _____	_____
Endereço: _____	Assinatura do Farmacêutico
Cidade: _____ UF: _____	Data: <i>23/08/17</i>

"Humanizando e cuidando bem da sua saúde"
Av. Higino Cunha, 1642 Fone: (86) 3216-1256 - Fax: 3216-1520
CEP: 64014-090 Teresina Piauí CNPJ: 07.444.159/0002-25 C.M.C.: 035.372-8



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Farmácia / 2ª via - Paciente

Identificação do Emitente
Nome Completo: <i>Dirceu V. Moura</i>
CRM: _____ UF do CRM: PI
Endereço Completo: _____
Telefone: _____

Paciente: *Cipriano Juari de Conceição*
Endereço: _____

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

Data: *23/08/17*

Dr. Tarciso Moura
Assessor de Saúde
Assessor de Saúde

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome Completo: _____	_____
RG: _____ Órgão Emissor: _____	_____
Endereço: _____	Assinatura do Farmacêutico
Cidade: _____ UF: _____	Data: <i>23/08/17</i>

"Humanizando e cuidando bem da sua saúde"
Av. Higino Cunha, 1642 Fone: (86) 3216-1256 - Fax: 3216-1520
CEP: 64014-090 Teresina Piauí CNPJ: 07.444.159/0002-25 C.M.C.: 035.372-8



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME *Gerison Maria de Conceição*
ATESTADO MÉDICO

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

Data da cirurgia: *23/08/17*

Dias de licença previsto *90 (noventa)*

CID da patologia:
S42.0

TERESINA *23/08/17*

Dr. Tércio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
R. 11-21: 3514

"Humanizando e cuidando bem da sua saúde"
Av. Higino Cunha, 1642. Fone: (86) 3216-1256 - Fax: 3216-1520
CEP: 64.111-090 Teresina Piauí. CNPJ: 07.444.159/0002-25. C.M.C.: 035.372-8



Cirurgia de fratura do Pâncreas
Atestado médico

Atento para os dados fies que
a paciente supracitada apresenta fratura
de clavícula direita em realitacao
fisiologica; Paciente necessita de
fios para realitacao

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

161217.
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 crédito e o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário 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
CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO

CPF titular da conta
008.067.203-52

Profissão
LAURADORA

Endereço
CT RESIDEN JOAQUIM ANTONIO NETO

Complemento
CASA 10

Bairro
MULTIRÃO

Cidade
SÃO MIGUEL DO FIDALGO

Estado
PIAUÍ

CEP
04.558-000

Telefone (DDD)
(89) 99401-6900

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

BANCO
Nome _____ N/D

AGÊNCIA
N/D _____ D/V

CONTA
N/D _____ D/V

AGÊNCIA
N/D **1383** D/V **033** CONTA
N/D **00029334** D/V **0**

(Informe o dígito se existir)

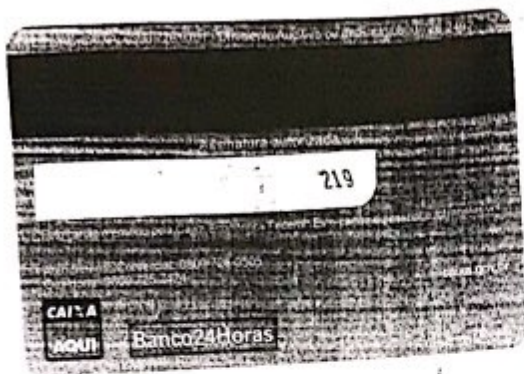
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

DETRAS-PI 20 de Julho de 2018
Local e Data

Cipriana Maria da Conceição
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPEF 001 V005/2017



197-305425542-7

16/JUL/2018 HORA DE 17:22:26

TERM 017386

LOT. 16.012341-0

LOCALIDADE: DEIRAS

AG. VINCULADA: 1383

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

1383.00029334-0

NOME: CIPRIANA MARIA DA CONCEIC

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DIA LIMITE	SALDO	0,00
13/07		

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO	0,26
13/07		

RESUMO EM 13/07

SALDO	0,26
-------	------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	0,26 C
SALDO TOTAL	0,26 C

197-305425542-7

1ª VIA

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO

Nº Sinistro: 3180368984

Vítima: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO

Data do Acidente: 14/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

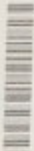
Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180368984**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **14/07/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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 nº 13271335



Carta nº 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 prêmio segurado, na forma do Art. 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74, o que foi negado pelo seguinte motivo: **“Após análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o número 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 CÍVEL . AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL. PROPORCIONALIDADE. 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 PARCIALMENTE PROVIDO. (TJ-GO A AC: 04574988420088090065, Relator: DR(A) SEBASTIAO LUIZ FLEURY, Data de Julgamento: 22/09/2016, 4ª CAMARA CÍVEL, 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 juros 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

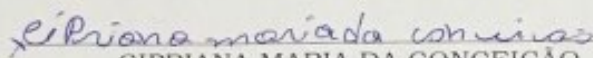
PROCURAÇÃO "AD - JUDICIA"

OUTORGANTE: **CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO**, brasileira, casada, lavradora, RG n° 1.891.982, CPF n° 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: **Fabício 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, n° 275-A, Centro, na Cidade de Oeiras-PI, CEP n° 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 Juízo, Instancia ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses da outorgantes nas contrarias, 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

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
CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"		REGISTRO GERAL 1.891.982	DATA DE EMISSÃO 14/11/17
		NOME CÍPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO FILIAÇÃO TERESINHA MARIA DA CONCEIÇÃO	
<i>Cípriana Maria da Conceição</i> 1090528		DATA DE NASCIMENTO 21/03/79 NATURALIDADE SÃO JOSÉ DO PEIXE-PI DOC. ORISEM CERT. NASC. 4854 L 6 F 10V EXP SÃO JOSÉ DO PEIXE-PI 28/11/80 CPF 008.067.203-52 1090528	
ASSINATURA DO TITULAR		ASSINATURA DO DETECTOR LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.280/83	
CARTEIRA DE IDENTIDADE			


CPF
 Cadastro de Pessoas Físicas
 Número de Inscrição
008.067.203-52
 Nome
 CÍPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO
 Nascimento
 21/03/1979

Emissão




N.º da Nota Fiscal 005341862

A Tarifa Social de Energia elétrica - TSEI foi criada pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTÁBIL	VENCIMENTO	CONSUMO B.T.N	TOTAL PAGAR
MAT/2018	14/05/2018	63	54,45

LINDIANY AMELIA FEITOSA PINHO f
CJ RESIDEN JOAQUIM ANTONIO NETO 10 CASA 10 B-URBANO
CPF: 00066074029334
CEP: 64.558-000 - SAO MIGUEL DO OESTE

CEP: 64.558-000 - SAO MIGUEL DO FIDALGO ROT: 168.643.04.02.1269

DADOS DO ALUNO		DADOS DA LECTURA	
Aluno:	910	Atual:	07/05/2018
Anterior:	847	Anterior:	06/04/2018
Concursos de Multilicença:	1,000	Próxima Leitura:	07/06/2018
Consumo Médio:	63	Emissão:	04/05/2018
Consumo Realizado:	63 FCAM	Atualização:	07/05/2018

NORMA

ECAR

Apresentação: 07/05/2018

NORMAL		31	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe Subclasse	Linha	Número Modelo	Preço
RESIDENCIAL	MDINO	A1214395	1.041,12
RENTAL			57

HISTÓRICO	DATA	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
ABR/18	69	CONSUMO 63 A R\$ 0,761598 =	47,98
MAR/18	74	CONTR. ILLUMINACAO PUB. (COSIP)	5,25
FEV/18	78	MULTA POR ATRASO 04/18-00	0,01
JAN/18	81	JURDS DE HORA DE IMO 04/18-00	1,03
DEZ/17	78	ADICIONAL/ BANDEIRA AMARELA - 0,14	0,18
NOV/17	75		
OUT/17	71		
SET/17	70		
AGO/17	64		
JUL/17	3		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 63 - 0,443363

DECLARAMOS QUITADOS DEBITOS DESTA U.C. no ano de 2017. Data: 12/07/2018
 LGF: 0880.886.0800 - E-FAZ OPCAO VENCIMENTO 1 5 18 15 20 25
 Paraisópolis, Ate o dia 04/05/2018, não constatamos faturas vencidas
 nessa unidade contabilmente.

RESERVA DO FISCO 0679.5223.7A7E.C00F.C789.0C75.C564.0C74

RECEITAS E DESPESAS		IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES	
Distribuição	18,01	Base de Cálculo	47,98
Exercício	19,03	Alíquota ICMS	22,00%
Despesa com	2,99	Valor do ICMS	10,55
Impostos	3,03	Valor do PIS	0,42
Materiais	12,92	Valor do COFINS	1,95

INDICADORES DE CONTINUIDADE

6,87 13,74 27,48 3,20

0,00	0,00	7,60	15,20	3,97
0,00	0,00			0,00

03/2018 21,58



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

Endereço
PI-241, LOCALIDADE BOA FÉ, Nº:
Complemento

Bairro
INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO
RG: 1.891.982 SSP/PI
Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEIÇÃO
Endereço: RESIDENCIAL JOAQUIM ANTONIO NETO, CASA 10, Nº
Bairro: OUTROS - ZONA URBANA
Cidade: SÃO MIGUEL DO FIDALGO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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 do 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 - Matr. 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

~~Bel. Francisco Rodrigues do Silva~~
~~Delegado de Polícia~~
~~Mat. 1086148~~

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
GERÊNCIA DE POLÍCIA 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 (incluindo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA 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 interdita 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 MARIA 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 (DDD)

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:

Assinilar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda 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 do respectivo 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 de 2018

Local e Data

+ Cipriana Maria da Conceição

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL 1.001 V001/2017

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO

RG nº 1.891.982, data de expedição 14/11/17, 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>PIAUÍ</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: 06/11/18, 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 SÃO MIGUEL DO FIDALGO no Estado de
PARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
CONTINHO RESUMIDA PARANÁ, nº _____,
 complemento -1, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO cujo o condutor era
CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO.
 Veículo: PAF-MOTOCICLO
 Modelo: Honda - PR-400
 Ano: 2011
 Placa: PEB-5289
 Chassi: 9C2HB0210FR412602
 Data do Acidente: _____
 Local e Data: _____

1º OFÍCIO

4º OFÍCIO

Adriana Coutinho Teixeira Costa
 Assinatura do Declarante

Cipriana Maria da Conceição
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



4º Tabellionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
 Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (0xx89) 3462-1251 / 9402-9316
 e-mail: cartorioevangelina@gmail.com
 REDONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ADRIANA COUTINHO
 TEIXEIRA COSTA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
 Oeiras-PI, 13/07/2018. Emol.:3,71 TJ:0,74 Selo:0,26 Total:4,71
 Selo:110.57291 (F30P19)
Elisangela Mauriz de Sa Siqueira
 ELISANGELA MAURIZ DE SA SIQUEIRA-ESCREVENTE AUTORIZADA
☐ ELISANGELA DE CARVALHO SA E FREITAS - TABELA ☒ ELIVANE MAURIZ DE SA E SILVA ☒ ELISANGELA MAURIZ DE SA SIQUEIRA
☐ GILRANIA OLIVEIRA DE SOUSA

4º Tabellionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
 Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (0xx89) 3462-1251 / 9402-9316
 e-mail: cartorioevangelina@gmail.com
 REDONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: CIPRIANA MARIA DA
 CONCEIÇÃO. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
 Oeiras-PI, 16/07/2018. Emol.:3,71 TJ:0,74 Selo:0,26 Total:4,71
 Selo:110.57337 (F60P21)
Elivane Mauriz de Sa e Silva
 ELIVANE MAURIZ DE SA E SILVA-ESCREVENTE AUTORIZADA
☐ ELISANGELA DE CARVALHO SA E FREITAS - TABELA ☒ ELIVANE MAURIZ DE SA E SILVA ☐ ELISANGELA MAURIZ DE SA SIQUEIRA
☐ GILRANIA OLIVEIRA DE SOUSA

POR AUTENTICIDADE

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

UPA
24h

Imp: 14/07/2017 18:12:05

IDat: MARCELLA MARCOS

ESTAB: UPA12-PCI

BOLETIM DE ENTRADA (B1)

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: 64558-000			
Nascimento: 21/03/1979	Idade: 38a:4m:23d	Sexo: Feminino	Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS:		
Profissão:	Documento: RG: 1.891.982 - 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: HIPERTENSA: PACIENTE CONDUZIDA PELA AMBULANCIA DE SAO MIGUEL DO FIDALGO, CONDUTOR (ERIVAN), REFERE ACIDENTE DE MOTO, TRAUMA CONTRA PAREDE, ALCOOLIZADA, NÃO LEMBRA DO MOMENTO DO ACIDENTE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA TRAUMA NA CABEÇA; FASICA, EM MACA, ORIENTADA; REFERE TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA, DOR E ESCORIAÇÕES NO HIPOCONDRIO DIREITO, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA OUTRAS DOENÇAS CRONICAS, P.A= 130 X 87 MMHG; P= 85 BPM;			TURI REIS FEITOSA COREN-PI153392 Em: 14/07/2017 17:56:26

Ass.Profissional Clas. Risco:

SSVV: (Hora: ____:____)					
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 0 bpm	Pressão: 0 mmHg	
DADOS CLÍNICOS: HIPERTENSA: PACIENTE CONDUZIDA PELA AMBULANCIA DE SAO MIGUEL DO FIDALGO, CONDUTOR (ERIVAN), REFERE ACIDENTE DE MOTO, TRAUMA CONTRA PAREDE, ALCOOLIZADA, NÃO LEMBRA DO MOMENTO DO ACIDENTE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA TRAUMA NA CABEÇA; FASICA, EM MACA, ORIENTADA; REFERE TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA, DOR E ESCORIAÇÕES NO HIPOCONDRIO DIREITO, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA OUTRAS DOENÇAS CRONICAS, 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 MEDICA: SFO, 94 500ML EMV 18:40 DIPIRONA 1AMP+AD EV 18:40 DECADROM+VOLTAREN, ASSOCIAR E FAZER IM RECUSOU *5F0,99-200ml EV alerta Tunal 500mg - 1x 20 hrs... 18:05					
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: ENCAMIINHADO PARA MEDICAÇÃO DATA: / / HORA:					

Assinatura Paciente ou Responsável

MARCELLA SILVA MARCOS
CRMPI-6174 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



SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: _____

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

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Paciente vítima de acidente automobilístico, estável hemodinamicamente. Apresenta fratura de clavícula - D. e fratura de omómero (costa 3) a direita. Solicito melhor avaliação e conduta! Grato!

Dr. Neylon Rodrigo de S. Amorim
CRM - PI 6909
Médico

Data: 14 / 07 / 2017

Assinatura: _____

PARECER:

14-07-17
Paciente vítima de acidente automobilístico, estável hemodinamicamente. Apresenta fratura de clavícula - D. e fratura de omómero (costa 3) a direita. Solicito melhor avaliação e conduta! Grato!

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

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 da Silva
Ortopedia Especialista
CRM - PI 2052 10T

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:

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

M A N H A		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	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	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	

	0202010476	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E			
	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	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	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		<p><u>Jeilton P. de Sousa</u> Téc. em Enfermagem COREN - RJ 934.433</p>
N O I T E	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	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0301100047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO

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) 974 23 - 9145

FOLHA DE ADMISSÃO

Nome do(a) Paciente: Cipriana Maria da Conceição
Endereço: R. Multidão Cidade: S. Miguel do Fidalgo Estado: PE
Registro do HRDC: 23772 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: Traciela Maria da Conceição
Nº Documento do Paciente: RG. 1.891.782 SSP/PI
Responsável: _____
Data do Nascimento: 01 / 03 / 1979 SEXO: Masculino ☐
CNS 700 0011 5036 4462 Feminino ☒

CLÍNICAS: Médica: ☐ Cirúrgica: ☒ Obstétrica: ☐
Psiquiátrica: ☐ Pediátrica: ☐ Outras: ☐

Data da Internação: 11 / 08 / 2017 Às 22:06 hsData da Alta: 1 / 1 Às _____ hs

ANAMNESE: de período de 14 dias de
doença, e com febre
H.D. =

RESUMO DA ALTA

Condições de Alta: Curado: ☐ Melhorado: ☐ Transferido: ☐
Óbito: ☐ Por evasão: ☐ A pedido: ☐

Data: 1 / 1

[Assinatura]
Médico Responsável
CRM e CPF

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 23772

Nome.....: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO

Documento.....: 1.991.982 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 700001150364402

Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 64558-000

Telefone.....: 000089994239145

Município.....: 2210391 - - PI

Nacionalidade.....: BRASILEIRO

Naturalidade.....: PIAUI

DADOS DA INTERNAÇÃO

Forma de Entrada...: 1 - RESIDENCIA

Clinica.....: 001 - 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	
Nome: HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO		06.553.564/0013-71	
Endereço: R. Rui Barbosa, 586		Município: OEIRAS	UF: PI
CEP: 64.500-000	FONE: (89) 3462-1213		
ÓRGÃO EMISSOR			
Nome do Paciente: CLIRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO			
Endereço-Rua-Número: LOC. MULTIRAC Município: MIGUEL DO FIDALGO UF: PI			
CEP: 64.558-000	Data do Nascimento: 01.03.1979	SEXO: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/>	CONDIÇÃO: Segurado <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro Dep. <input type="checkbox"/>
Nome do Segurado			
PIS/PASEP Nº Individual	Vínculo com a Previdência: Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Segurado <input checked="" type="checkbox"/>		
CNPJ da Empresa: 06.553.564/0013			
CPF do Médico Solicitante: 150.715.373-20	Proced. Solicitado: 0100.008-8	Cart. Int.: 02	Data Emissão: 11.08.17
CPF Médico Responsável: 138.141.173-8		CPF Médico Responsável: 138.141.173-8	
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO: Causa Externa <input type="checkbox"/>		CNPJ da Seguradora	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos: Paciente vítima de acidente de trânsito, com fratura			
Condições que Justificam a Internação: fratura fechada			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas: radiografia + exame físico + exames complementares			
Diagnóstico Inicial: FRATURA (2) de ulna		Clínica: Cirúrgica <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Cli. Médica <input checked="" type="checkbox"/>	
Procedimento Solicitado: 1 no tratamento clínico		Fisioterapia <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/>	
Assinatura do Médico Solicitante: Deolindo Leites Nunes		CRM: 1589	Data: 11.08.17

MS-DATASUS
VERSÃO 14.10

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

PAG.: 42
DATA: 08/09/2017

O E: E220000001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 09 / 2017

Data Autorização: 11 / 08 / 2017

Num AIH: 221710205876-5 Situação: EXP. ORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 09/2017

Especialidade: 03 - CLÍNICOS Orgão Emissor: E220000001 CRC: 0583C079FE Doc médico solicitante: 170372001800007
Doc autorizador: 70570945.438030 Doc med resp: 207284649980001 Doc diretor clínico: 207284649980001 CNS: 70000115036440-2
CNES: 2777762 - HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO Prontuário: 23772
Paciente: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 1891982
Data Nasc.: 01 / 03 / 1979 Sexo: FEMININO Nome da Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO
Responsável pac.: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA Telefone: (89)9942-39145 Muda Proc.7: NÃO
Endereço: ACESSO MULTIRAO Bairro: ZONA RURAL Raza/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA
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:
Caráter atendimento: 02 - URGENCIA
Data internação: 11 / 08 / 2017 Data saída: 12 / 08 / 2017 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: - AIH Posterior: -
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador: - CNAER: -
Vínculo Previdência: - CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNS/CNPJ	Apurar Valor	Qtd	Compl	Descrição
2	030106008	170372001800007	225125	2777762	2777762	1	08/2017	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA
2	030106008	170372001800007	225125	2777762	2777762	1	08/2017	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO

CID SECUNDÁRIO

Cid Característica Descrição
W199 PREEXISTENTE QUEDA SEM ESPECIFICACAO - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos Número d) Saídas Nº Pré-Natal:
Vivos: Mortos: Altas: Transf: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

De acordo com a Portaria SASMS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente

Identificação do Paciente

[illegible]

Num. 3513035 - Pág. 4



16/07

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



NOME DO PACIENTE: <u>WILSON CRISTIANO BARBOSA</u>		ENFERMARIA: <u>C1</u>	LEITO: <u>C1</u>	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: <u>24/03/1974</u>	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
DATA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
12			G: 65 kg PA = 140 x 80 mmHg T: 36,4 °C FC = 90 bpm P: 80 x 60 mmHg F: 16 rpm	
08			O2 3L/min por via nasal Alimentado por sonda Alimentado por sonda PA = 110 x 70 mmHg F: 16 rpm	
17			PA = 110 x 70 mmHg F: 16 rpm 16:00h paciente evoluiu com conforto, respirando bem, sem tosse, com sonda funcionando bem, sem queixas no momento. Acute dieta. Comprimidos de paracetamol e analgésicos administrados conforme necessidade. Sem alterações na pressão arterial e frequência cardíaca. VACINA.	
<p>Delegado Regional de Saúde Dr. Wilson Crisóstomo Barbosa C.R. 001.000.000-000</p> <p>CO: 000.000.000-000</p>				



HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO OEIRAS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Antonio Teófilo de Carvalho Júnior
Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo(a) médico(a) clínica Médica, dig. sobre os procedimentos clínica Médica a que vou me submeter, ou a que vai ser submetido Expuena Maria da Conceição, 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.

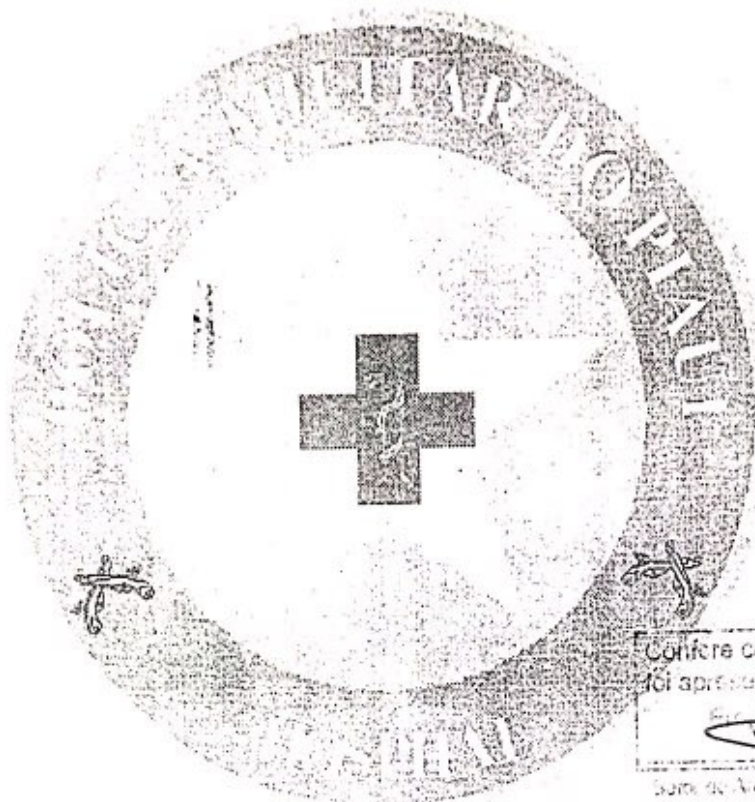
Oeiras-PI, 21 de Agosto de 2017.

Expuena 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 original que
foi apresentado

26/10/17
[Signature]
Setor de Arquivo
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
Onde se encontra o prontuário nº 278697/17
Nº: 195198/2017 14494-S

NOME DO PACIENTE: Lipiana Maria da Conceição

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 278697/17.

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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



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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA

ATENDIMENTO MARIA DA CONCEIÇÃO

PROCEDIMENTO
S420

IDENTIFICAÇÃO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

LIBERAR: 29/08/2017 DT. LAUDO: 10/08/2017
PROCED.: S420/10130 TRATAMENTO CIRURGIA DE FRATURA DA CLAVICULA
DT. S157: FRANCISCO
CID: S420

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE CIBRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO		8. DATA NASC 21/03/1971		9. SEXO: M/F F		DOCUMENTOS: RG <input checked="" type="checkbox"/> CPF <input checked="" type="checkbox"/>	
6. Nº PRONTUÁRIO 27862	7. CARTÃO NACIONAL SUS 71000111111111111111	10.1 NOME DA MÃE TERESINHA MARIA DA CONCEIÇÃO		10.2 NOME DO RESPONSÁVEL JULIANO E. C. GONÇALVES			
12.1 ENDEREÇO JACUM D'AS DE OLIVEIRA		12.2 BAIRRO CENTRO		12.3 COMPLEMENTO			
ENDEREÇO LOCAL		BAIRRO LOCAL		12.3 COMPLEMENTO LOCAL			
11. TELEFONE DE CONTATO		13. MUNICÍPIO SÃO MIGUEL DO FIDALGO		14. IBGE		15. UF PE	16. CEP 54200-000

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18. PROCEDIMENTO PRINCIPAL ANTERIOR / DESCRIÇÃO FRATURA - LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR		19. COD PROCED PRINCIPAL ANTERIOR / DESCRIÇÃO 0408010130 S420	
20. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO / DESCRIÇÃO FRATURA DA CLAVICULA		21. CÓDIGO MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 0408010130 S420	
26. DIAGNÓSTICO	27. CID 10 PRINCIPAL S420	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. COD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
32. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33. COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35. COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37. COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Tereza Dantas Moura Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 13877		40. CNS/CPF	
39. DT SOLICITAÇÃO		41. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)	

42. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
Paciente apresentando fratura deslocada de clavícula, com lesão entre os fragmentos maior que 2cm, necessitando de 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	
49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		51. DT. AUT 52. CNS/CPF	
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: Juliano E. C. Gonçalves		53. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)	

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPI

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUAH

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUAH

AIH : 221710140800-0

UNI : HOSPITAL DA POLICIA - DIRCEU

CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO

DIRCEU
LAUDAMENTO
21/07/2017

Identificação

5 - Nome: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO

6 - Prontuário: 278662

7 - CNS: 700001150364402

8 - Nascimento: 21/03/1979 02:00

9 - Sexo: F

CPF:

11 - Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO

12 - Fone: 89-9.4239145

13 - Resp: JOSE NILSON PEREIRA DA SILVA

14 - Cor: PRETA

15 - Ender.: JOAQUIM DIAS DE OLIVEIRA

0

CENTRO

19 - CEP: 64558-970

16 - Munic: SAO MIGUEL DO FIDALGO

17 - Cod. IBGE: 221039

18 - UF: PI

RG: 10919-82

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Crescente e progressiva da dor e redução da capacidade de marcha, não respondendo a medicação.

21 - Condições que justificam a internação:

necessidade de cirurgia.

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

RX

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.:

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

Fratura de clavícula (D) 5420

Procedimento Solicitado

4080.10.18.5

27 - Procedimento Solicitado

Tempo SUS

29 - Clínica:

30 - Caracter.:

Ident.:

31 - Documento:

CPF

32 Dec. Med. Solic.

65265386491

33 - Nome Profissional / Assistente
EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data da Solicitação:

13/08/2017

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N.º Bilhete.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

40 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimb. (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: MONICA.CARVALHO

Consulta Local:

Consulta SUS: 201708122610

Ingressão: 08/17/10



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

13/08/2017

Pront.: 278662

Nome: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO

Nasc.: 21/03/1978 Sexo: F

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 424234

Enfermaria: POSTO II

ENF 208 LEITO

Leito: 208

Pai:

Mãe: IERESINHA MARIA DA CONCEICAO

RG: 1891962

Residência:

JOAQUIM DIAS DE OLIVEIRA

Nr.: 0

Cep: 64558970

Bairro: CENTRO

Cidade: SAO MIGUEL DO FIDALGO

Telefone: 89 - 94239145

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Paciente vítima de acidente de moto, apresentando fratura em clavícula direita com lesões mais graves.

DIAGNÓSTICO

Provisório:

CID

Principal:

CID S42.0

Procedimento:

Osteossíntese com placa.

Sintomas e Sinais Principais

Dor e deformidade em clavícula (D)

Causa Médica

Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☒ Médico Cirúrgico

Cirurgia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☒ Médico Cirúrgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação
13/08/2017 00:09:49

Data/Hora Alta
21/08/17

Data da Hospitalização
13/08/17

ALTA

Saída

Transferência

Óbito

- ☐ Curado
☒ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE 23/08/17

Assinatura:

Dr. Teresina Moura
Osteoartrologia

Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde

Av. Higinio Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1250 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

DI 03-79



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 23 / 11 / 2017
Nº DO PRONTUÁRIO: 178662 SALA: 08
CÓD DA CIRURGIA: 40.80.10-150

Descrição da Cirurgia:

- 1) Paciente em posição de prone
- 2) sob bloqueio de plexo e MSP
- 3) Incisão longitudinal no clavicular
- 4) Retirada interposição de partes moles.
- 5) Pedúnculo e fragmento principal
- 6) Aplicado placa de neutralização
- 7) Sutura e curativo

Dr. Tércio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia: Osteossíntese com placa e clavicular
Cirurgião: Dr. Tércio
1º Auxiliar:
2º Auxiliar:
3º Auxiliar:
Instrumentador: LIAITE
Circulante:

Aliza i mami

Num. 3513035 - Pág. 13



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

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 18/08/19 HORA: / / Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: H-200 MUNICÍPIO: _____

MÉDICO: Dr. João Manoel de Souza CRM: 20100

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Antônio M. N. Costa

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

HDA: _____

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA 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: 33 °C F: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio
- () Hidratação Venenosa
- () Aspiração
- () Medicação
- () Curativo
- () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: _____

Clínica / Posto: _____

Senha: 140822019

Assinatura e carimbo do Médico



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

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.


IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Lavagem Cirúrgica - 1542 - Início - Término
CRM-2426-PI - CNPJ 07.444.108/0001-25

Telefone: (86) 3227-8265
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 DO OMBRO DIREITO EM AP

Fratura completa, desalinhada, no terço médio da clavícula.

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

Aumento da densidade e volume das partes moles adjacentes.

*Correlacionar com dados clínicos.

Naysa Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 - Bixolas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.244.159/0002-50

Telefone: (86) 3227-6255
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 2° ao 5° arcos costais.
Aumento da densidade e volume das partes moles adjacentes.

*Correlacionar com dados clínicos.

Luiz Henrique de Sousa Costa
CRM-PI 3326
RUA JOSE DE ALMEIDA, 1446-9

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 332

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilópolis - TO-68100-000
CEP 84014-220 - CNPJ 07.443.150/0002-55

Telefone: (86) 3227-8265
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: 0J

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

LEUCOGRAMA:

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

IMPEDÂNCIA E DIFRAÇÃO
DE PLACAS E PLACAS
DE PLACAS E PLACAS

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

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

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

Telefone: (86) 3228-1250
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:

DATA: 14/08/2017

SEXO: F
IDADE: 38a 4m 25d

COAGULOGRAMA

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

9

FRANCISCO DAS CHAGAS MACIEL
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



**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: EDUAR 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

[Handwritten signature]

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
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 : 59-69-59

3Channel + 1 Rhythm Report

*** Analysis, Result ***

Ritmo Sinusal Normal

Baixa Voltagem do QRS

Eixo Normal

** Eixo e RM podem estar incorretos devido a baixa voltagem

(Alterações Moderadas do ECG)

*** Comentário ***

PACIENTE : CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO

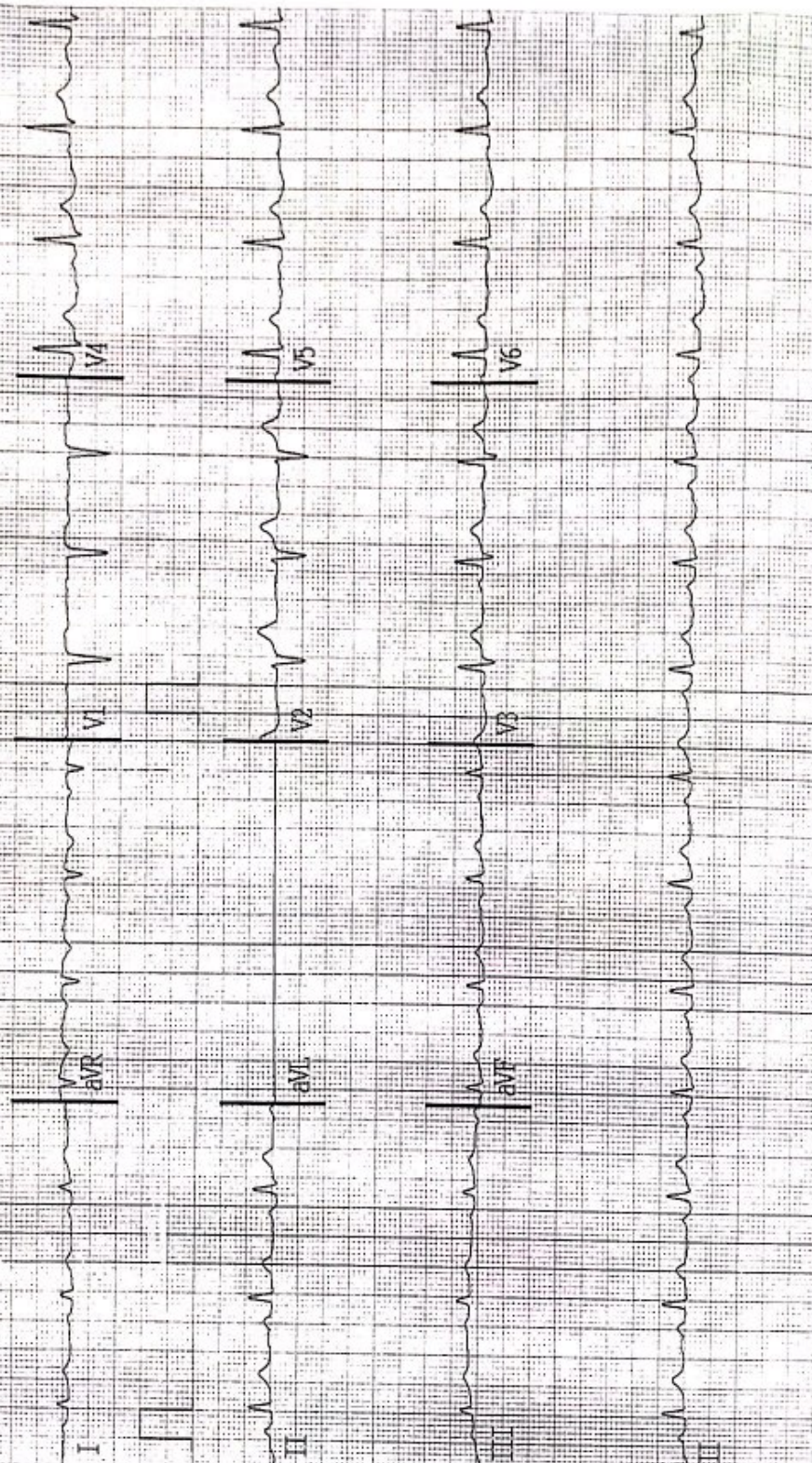
DATA NASCIMENTO : 21/03/1979

MEDICO SOLICITANTE : DR DARGI

Hospital : uç, 07
Confirmed by :

2.0% / 1

II



0Hz-40Hz, AC 50Hz, EMG.

All Channels: 10mm/mV 25.0mm/sec

BMS Plus - EKG Viewer

Bionet Co., Ltd.



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

07 444 15000/15001
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA JACQUES KILIAN, 1115
AV. HIGINO OLIVEIRA, 11492, ILHOTA
CEP 64014-020 - (085) 4216-1500

Ficha para Agendamento de Consulta

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	RG: 1891862	CPF:	CNS: 700001150364402
Paciente: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO	Prontuário: 278662	Rça / Cor: PRETA	
Nascimento: 21/03/1979	Idade: 38 Anos 4 Meses 22 Dias	Sexo: F	CEP: 64558970 UF: PI
Nome da Mãe: TERESINHA MARIA DA CONCEICAO	Fone: 69-84239145	Nº: 0	
Endereço: JOAQUIM DIAS DE OLIVEIRA	Bairro: CENTRO	Complemento:	
Município: SAO MIGUEL DO FIDALGO			
Dados Clínicos: <i>Do de joelho e clavícula</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:	Carimbo / Ass. do Responsável pelo Agendamento:		
13/08/2017 às			
Nº da Autorização			

CARO USUÁRIO:

Compareça à unidade de saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Se entregue 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 À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 13/08/19 HORA: 11 N° DO TELEFONE:

HOSPITAL SOLICITANTE: HCRP MUNICIPIO:

MÉDICO: M. José Carlos CRM: 205278

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: M. N. Carneiro

Idade: anos Sexo: () Masculino () Feminino

HDA: FARMACIA DO HOSPITAL

DATA: 13/08/19

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA 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 F: bpm R: mm PA: mmHg Sat O₂ Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venenosa
- () Aspiração () Medicação
- () Curetivo () Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital:

Clínica / Posto: Senha: 001708122619

Assinatura e carimbo do Médico



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Farmácia / 2ª via - Paciente

Identificação do Emitente
Nome Completo: <i>Dirceu V. Moura</i>
CRM: _____ UF do CRM: PI
Endereço Completo: _____
Telefone: _____

Paciente: *Cipriano Juari de Conceição*
Endereço: _____

Cefalexina 500 mg 20 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 6/6 horas por 7 dias
Foliar 7mg 14 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 12/12 horas por 7 dias

Data: *23/08/17*

Dr. Tarciso Moura
Ortopedista
CRM: 12.120/PI

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome Completo: _____	_____
RG: _____ Órgão Emissor: _____	_____
Endereço: _____	Assinatura do Farmacêutico
Cidade: _____ UF: _____	Data: <i>23/08/17</i>

"Humanizando e cuidando bem da sua saúde"

Av. Higinio Cunha, 1642 Fone: (86) 3216-1256 - Fax: 3216-1520
CEP: 64014-090 Teresina Piauí CNPJ: 07.444.159/0002-25 C.M.C.: 035.372-8



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Farmácia / 2ª via - Paciente

Identificação do Emitente
Nome Completo: <i>Dirceu V. Moura</i>
CRM: _____ UF do CRM: PI
Endereço Completo: _____
Telefone: _____

Paciente: *Cipriano Juari de Conceição*
Endereço: _____

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

Data: *23/08/17*

Dr. Tarciso Moura
Ortopedista
CRM: 12.120/PI

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome Completo: _____	_____
RG: _____ Órgão Emissor: _____	_____
Endereço: _____	Assinatura do Farmacêutico
Cidade: _____ UF: _____	Data: <i>23/08/17</i>

"Humanizando e cuidando bem da sua saúde"

Av. Higinio Cunha, 1642 Fone: (86) 3216-1256 - Fax: 3216-1520
CEP: 64014-090 Teresina Piauí CNPJ: 07.444.159/0002-25 C.M.C.: 035.372-8



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME *Gerison Maria de Conceição*
ATESTADO MÉDICO

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

Data da cirurgia: *23/08/17*

Dias de licença previsto *90 (noventa)*

CID da patologia:
S42.0

TERESINA *23/08/17*

Dr. Tércio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
Fone: 3216-3514

"Humanizando e cuidando bem da sua saúde"
Av. Higino Cunha, 1642. Fone: (86) 3216-1256 - Fax: 3216-1520
CEP: 64.111-090 Teresina Piauí. CNPJ: 07.444.159/0002-25. C.M.C.: 035.372-8



Cirurgia de fratura do braço
Atestado médico

Atento para os dados fies que
a paciente supracitada apresenta fratura
de clavícula direita em realitacao
fisiologica; Paciente necessita de
fios para realitacao

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

161217.

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 crédito o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário 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
CIPRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO

CPF titular da conta
008.067.203-52

Profissão
LAURADORA

Endereço
CT RESIDEN JOAQUIM ANTONIO NETO

Complemento
CASA 10

Bairro
MULTIRÃO

Cidade
SÃO MIGUEL DO FIDALGO

Estado
PIAUÍ

CEP
04.558-000

Telefone (DDD)
(89) 99401-6900

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

BANCO
Nome _____ N/D

AGÊNCIA
N/D _____ D/V _____

CONTA
N/D _____ D/V _____

AGÊNCIA
N/D **1383** D/V **033** CONTA
N/D **00029334** D/V **0**

(Informe se existe)

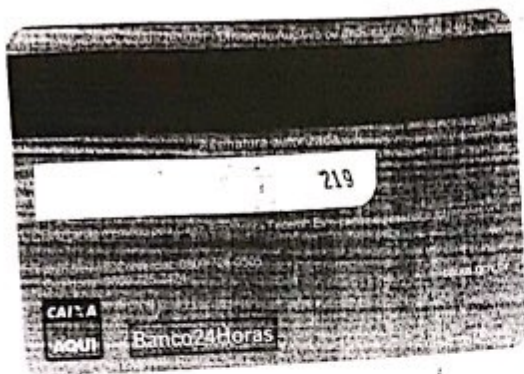
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

DETRAS-PI 20 de Julho de 2018
Local e Data

Cipriana Maria da Conceição
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAPIPE 001 V005/2017



197-305425542-7

16/JUL/2018 HORA DE 17:22:26

TERM 017386

LOT. 16.012341-0

LOCALIDADE: DEIRAS

AG. VINCULADA: 1383

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

1383.00029334-0

NOME: CIPRIANA MARIA DA CONCEIC

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DIA LIMITE	SALDO	0,00
13/07		

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO	0,26
13/07		

RESUMO EM 13/07

SALDO	0,26
-------	------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	0,26 C
SALDO TOTAL	0,26 C

197-305425542-7

1ª VIA

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO

Nº Sinistro: 3180368984

Vítima: CIPRIANA MARIA DA CONCEICAO

Data do Acidente: 14/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

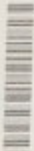
Senhor(a),

Após 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 nº 13271335