

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANAINA BARBOSA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05794-0

CONTA: 00000006175-1

Nr. Autenticação

BRADESCO09012019050000000002370579400000006175168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190007523 **Cidade:** Manoel Emídio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAINA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that appears to read 'Karla Suely'.



REGISTRO DE OCORRÊNCIA

NOME DO PACIENTE: Janaina Barbara da Silva

SEXO: () MAS (X) FEM IDADE: 16 Anos

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: B.: 135 Km

TIPO DA OCORRÊNCIA:

() Envenenamento () Agressão Física
() Choque Elétrico () Afogamento
() Urgência Obstétrica () Queda
() Urgência Pediátrica () Já removido
() Ferimento Arma Branca () Ferimento Arma de Fogo
() Atropelamento () Urgência Clínica

(X) Acidente de Moto
() Acidente de Carro
() Mal Súbito
() Falso Chamado
() Queimadura

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

(X) Alerta () Responde ao Comando
() Responde a Dor () Sem resposta

PUPILAS:

(X) Iguais () Desiguais

FALA:

(X) Normal () Confusa

PULSO RADIAL:

(X) Forte () Fraco
() Ausente () Leve
() Moderado () Intenso

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

() Aspiração () Outros _____
() Oxigênio () Imobilização de extremidades
() Reanimação CARDIO-RESP (X) Prancha
() Ventilação Artificial (X) Colar Cervical
(X) Monitorização () KED

() Acesso Venoso

Solução

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
() Ass. Obstétrica (X) DPVAT
() Hemostasia () CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
(X) Curativo

02 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coutinho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS:

ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

() Melhorando () Severa Gravidade
(X) Piorando () Média Gravidade
() Inalterado () Pequena Gravidade
() Coma () Ileso

() Indeterminado
() Óbito antes do Socorro
() Óbito no transporte

HOSPITAL DE DESTINO: Hsp Manoel Emídio

Ofeliane Santana Chaves
Técnica Enfermeira
Coronel Pecado de Enfermagem

0201 - coram: 924.689
Profissional Receptor do Hospital



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146
4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JANAINA BARBOSA DA SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
704008806791068

8 - N° DO PRONTUÁRIO
166937
9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE
GERCILIA BARBOSA PESREIRA
12 - ENDEREÇO
SANTO AMARO, 0 - ALTO DA CRUZ
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MANOEL EMÍDIO

Masc. 1 Fem. 2
11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9945-70639
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
GENTE SEGURADORA S.A. 2205904
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro - Manoel Emídio CEP: 64002-070
15 - UF
PI 16 - CEP
64875-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pancr. inígea de 3 dias
desidratação profunda desidr.

AIH NÚMERADA

0408016150

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Desidratação

AIH 0408016150

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Desidratação

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Edema desidratação

21 - CID PRINCIPAL 5420 22 - CID SECUNDARIO W19.9 23 - CAUSAS ASSOC.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Recepção

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408016150

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

CIRURGIA GERAL

URGÊNCIA

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

HOSPITAL TIBERIO NUNES

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. CONCEPCAO

0408016150

CRM: 2572

03/04/2018

22/03/2018

HOSPITAL TIBERIO NUNES

CRM: 2572

03/04/2018

22/03/2018

O.E: M220390901

ESFERA: PÚBLICO

Num AIH: 221810122957-5

Situação: EXPORTADA

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Doc autorizador: 170173151870003

CNES: 2365148 - HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES

Paciente: JANAINA BARBOSA DA SILVA

Data Nasc.: 17/05/2001 Sexo: FEMININO

Responsável pac.: GERCILIA BARBOSA PEREIRA

Endereço: RUA SANTO AMARO Bairro: ALTO DA CRUZ

Município: 220590 - MANOEL EMIDIO

Procedimento solicitado: 04.08.01.015-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

Procedimento principal: 04.08.01.015-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

Diag. principal: S420-FRATURA DA CLAVICULA

Complementar:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Data internação: 27/03/2018

Data saída: 08/04/2018

Liberação SISAIH01:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: . / .

Vínculo Previdência:

Tipo: 01-INICIAL

APRESENTAÇÃO: 05 / 2018

PAG.: 125

Apresentação: 05/2018

DATA: 19/07/2018

Data Autorização: 27 / 03 / 2018

CRC: 058441FB3B

Doc diretor clínico: 203833803020018 Doc médico solicitado: 980016001132238

CNS: 70400880679105-8

Prontuário: 166937

Nome da Mãe: GERCILIA BARBOSA PEREIRA

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Telefone: (89)0945-70639 Muda Proc.? NÃO

UF: PI CEP: 64875-000

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: IGNORADO

Doc:

Diag. secundário:

Causa Obito:

Modalidade: HOSPITALAR

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

AIH Anterior:

AIH Posterior:

CNAER: -

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1 0408010150	980016001132238 225270(1)	2365146	2365146	1	03/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA	
2 0408010150	207284594040002 225151(6)	2365146	2365146	1	03/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA	
3 0204040060		2365146	2365146	1	03/2018	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	
4 0202020380		2365146	2365146	1	03/2018	HEMOGRAMA COMPLETO	
5 0202010473		2365146	2365146	1	03/2018	DOSAGEM DE GLICOSE	
6 0202020070		2365146	2365146	1	03/2018	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	
7 0202010694		2365146	2365146	1	03/2018	DOSAGEM DE UREIA	
8 0202010317		2365146	2365146	1	03/2018	DOSAGEM DE CREATININA	
9 0802010024		2365146	2365146	5	03/2018	DIARIA DE ACOMPANHANTE	
10 0802010199		2365146	2365146	1	03/2018	DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR	
11 0802010024		2365146	2365146	7	04/2018	DIARIA DE ACOMPANHANTE	
12 0802010199		2365146	2365146	3	04/2018	DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR	

CID SECUNDÁRIO

Cid: W199 ADQUIRIDO

Descrição

QUEDA SEM ESPECIFICACAO - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos

Vivos: 0

Mortos: 0

Número de Saídas

Altas: 0

Transf.: 0 Óbitos: 0

Nº Pré-Natal:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT

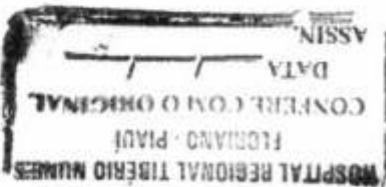
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

ASSINATURA E CARIMBO

DIRETOR DO HOSPITAL

02 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



DEPARTAMENTOS DE SINISTRA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 JAN 2019
E SEGURADORA S.A.
Av. de Resende, 465 Log C
Nome CEP: 15.002-470
Turesan - PR

RETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

NOME TOMA VOG
Sobrenome Bonfim

DATA 31/03/2019
PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA	
			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
01. DIETÀ LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. GLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + GCGG				

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CONFERE COM O ORIGINAIS
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
DATA 31/03/2019
FLORIANO-PI

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CLIENTE

B. *[Signature]*

PRONTUÁRIO

CLÍNICA

ENF. OU APT.

LEITO

MÉDICO ASSISTENTE

DATA

HORÁRIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

1 - Dieta Geral
2 - Tetra Hidroclorato
3 - Tenoxicam 20mg - 01 amp + AD, EV, S.O.S.
4 - Ibuprofeno 200mg + AD, EV, S.O.S.
5 - Paracetamol 500mg - 01 amp + AD, EV, S.O.S.
6 - 200mg - 01 amp + AD, EV, S.O.S.
7 - 250mg - 01 amp

12h00m 00m 10m 10m

ambulante, sono se regular, constipante, aceita dietas especiais, iluminadas, no dia 02/01/2019.

mais suscete a queixas al-

gicas no MBD. SSV R. 20, 14pm P. 65 bpm T: 36°C. Abi:

Estagiário Técnico em Enfermei-

ria, Colegio Olímpico de São

lêncio da Silva, Rua Beira Mar, 1000

Centro, Piauí 62200-000

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Log. C
Centro-Norte CEP: 64002-470
Teresina-PI

*CONFIRME COM O ORIGINAIS
LOTHARDO - PIAUÍ
TIBÉRIO NUNES*

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

12/32

NOME	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
		HORÁRIO MEDICAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSEVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANTIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18h 07:00			04:113 x 20	11:00
04. NEFANOMAK 04 AMP IV DE 6/6 HORAS (suspenso)	18h 07:00			05:20:30 PA: 140/86 mmHg	12:00
05. DIPROKONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18h 07:00			16:00 PA: 140/86 mmHg	12:18:30
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18h 07:00				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	18h 07:00				
08. CILEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X1DIA (suspenso)	18h 07:00				
09. F ⁴ ASIL - 01 Amp IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160 X 10 min/mg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCGG					

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA	
				DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA
					HORÁRIO MEDICAÇÃO
01. DIETÀ LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04-CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS.					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg					
11. CURATIVO					
12. SSW + GCGG					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 02 JAN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI </div>					
 Atende Apresente: P.A. - 320x600x100 P-63 hpmx - 23 aprn - 10x=36,4. Atende Apresente: <u>Luzimere M. X. Medeiros</u> COREM: 538-034					

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

14/34

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA	
				PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
DATA				HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01. DIÉTA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18				
04. GEFACOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	12				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110, mmhg					
11. CURATIVO					
12. SSW + GCGG					
Dr. <i>Conselho de Medicina</i> Dr. <i>Conselho de Medicina</i> CRM: 2519					
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 02 JAN 2019					
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Lote C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI					

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

Ex de clínica

NOME DATA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANIDINHA 56MG - 01AMP/IV DE 12/12 HORAS					
05. DIPICONA 1G - 01AMP/IV DE 6/6 HORAS					
06. TILATIL 20MG - 01AMP/IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. GLIXANE 40MG - 01AMP/SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 01AMP/IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CÁPTOPRIL 25 mg SL se PA > 150x10 min					
11. CURATIVO					
12. SSVN + CCGG					

**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

02 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64002-470
Teresina-PI

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SERVIÇO REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI

NOME <u>J. L. Vaz</u> <u>B. S. S. S.</u> <u>6235</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO <u>13</u> <u>34</u>	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
		HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
01. DIETÁ LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	06	06	06	06
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18	18	24	06	06
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18	18	24	06	06
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	18	24	06	06
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X(DIA)					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg					
11. CURRATIVO					
12. SSW + GCGG					
Dr. Conegundes T. Filho Ginecologista CRM-SP 11271 Fone: 7346					
<i>Mr. M. M.</i>					
Dr. C. G. R.					

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 Apr 2019

11/12/2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Nome DEP. 36.002-470
Tercena/EPF

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SERVIÇO REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: Jáneira Barbara da Silveira Registro:

Enf.: Leito: Apto:

Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
01/01/18	120/80	80	24	37,0		
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina	Hemotórito	Glicemia	Dos. Uréia

Exame de Urina

Função Respiratória

Sistema Circulatório Eletrocardiograma

Sistema Respiratório Assina Bronquite

Sistema Digestivo Sistema Urinário

Estado Mental consciente Corticóides Ataráxicos Outros

Diagnóstico Pré-Operatório paciente e familiares Risco 1

Pré-Meditação (Agentes e Doses) midazolam 5mg Aplicado As: Efeitos:

Agentes Anestésicos	Oxigênio	1	2	3	TOTAL DE DOSES
LÍQUIDO	Soluto 500 400 Sangue 300 200 Outros 100				

Temperatura T° 260 DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DRHAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

P. Arterial 220 02 JAN 2019

V 180 SEQUÊNCIA 1

A 160 Capelação 3

Pulso 150 Dr. 4 4

Inicio e Fim 140 Decadente 5

Anestesia 120 7

X 100 8

Inicio e Fim 80 9

Operação 60 10

40 11

Respiração 20 12

10 13

SÍMBOLO ts ts m 14

ppr ppr 100 15 DURAÇÃO

Técnica: laringoscopia fibroscópica Incidentes - Acidentes

Operação: AT

Cirurgiões: Alencar

Anestesistas: Jabá Lira Corticoides pós-oper. Imediata



**Hospital Regional
Tíberio Nunes**

**HOSPITAL REGIONAL TÍBERIO NUNES LISTA DE VERIFICAÇÃO DE RURGIA SEGURA -
CHECK LIST PRÉ- OPERATÓRIO**

Nome do Cliente: Janaína Barbosa da Silva

Prontuário: 166.937

Ent/ Leito: J7-34

Procedimento Cirúrgico: Ortopédico

Pulseira de Identificação: Sim Não

Horário SSW: 10:00 T: 36 FC: 100 bpm FR: 12 lpm PA: 100/70 mmHg

Glicemia Capilar:

mg/dl

Acesso Venoso: Periférico Central (especificar local, calibre e nº de dias) M2, M22, 040418

SNG () SNE () Drenos (especificar):

Jelum Sim Não A partir das: 22h [08/18]

Avaliação Pré-Anestésica: Sim Não Avaliação Cardiológica: Sim Não Utiliza Anticoagulante: Sim Não Último horário:

Sítio Cirúrgico Demarcado: Sim Não Adomos Retirados: Sim Não

Higienizado: Sim Não Tritocotomia: Sim Não

Camisola, gorro e pro-pés: Sim Não

Alergias: () Sim Qual:

Não

Exames essenciais disponíveis: Sim Não

Antimicrobiano Profilático: Sim Não Horário:

Prontuário completo com ficha de internação Sim Não

OBSEVAÇÕES:

Hora do Encaminhamento ao CC:

**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**
02 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Data de nascimento: 17/05/2001
Data do Procedimento: 07/04/18

Neuza Rodrigues Santos
Enfermeira
COREN-PI: 414.299

Assinatura e carimbo:

ENFERMEIRO

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA/ANESTESIA

Declaro para fins legais que eu, Florânia Barbosa da Silva ou meu responsável _____ AUTORIZO a realização do procedimento anestésico/sedação a fim de possibilitar a cirurgia/tratamento de Ortopédico.

Declaro também que:

- 1) Mantive o jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;
- 2) Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;
- 3) Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;
- 4) Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;
- 5) Prestei ao Médico Cirurgião ou Anestesista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, sem ocultar qualquer fato ou elemento.
- 6) Li e concordo com todos os termos acima;

Floriano (PI), 07 de abril de 20 18.

Florânia Barbosa da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal



Assinatura Testemunha

Nome: _____
CPF: _____
RG: _____

Assinatura Testemunha

Nome: _____
CPF: _____
RG: _____



Identificação: E0129947



Coletado:

Data: 28/03/2018

Paciente: JANAINA BARBOSA DA SILVA

Médico(a): ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

Endereço: Leito: Enfermaria:

Sexo: FEMININO

Idade: 16 ANOS, 10 MESES, 10 DIAS

Impresso: 28/03/2018

1. PROGRAMA

Especialidade:

Subespecialidade:

2. PROGRAMA

ERÓCITOS	3,75 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
COGLOBINA	9,5 g%	12,0 a 17,5 g%
HATÓCRITO	27,4 %	40 a 52 %
W.M	73,07 U ³	80 a 100 U ³
W.M	25,33 pg	26 a 34 pg
W.HCM	34,67 %	31 a 36 %

3. OBSERVAÇÕES

4. PROGRAMA

ERÓCITOS	11.000 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
ERÓCITOS	0 %	0
ERÓCITOS MIELÓCITOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
ERÓCITOS MONETES	1 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
ERÓCITOS MENTADOS	55 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
ERÓCITOS ÓFILOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
ERÓCITOS ÓFILOS	8 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
ERÓCITOS ÓCITOS	33 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
ERÓCITOS ÓCITOS	3 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
ERÓCITOS ATÍPICOS	0 %	0
ERÓCITOS GERAL	100,00	100%

5. PLATELETAS

416.000 /mm³ 150.000 a 400.000 / μ L

6. OBSERVAÇÕES

7. ERÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE-ERITROPOENIA-MICROCITOSE-EOSINOFILIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PIDr. Paulo Ricardo Mendonça Vasconcelos
FARMACÉUTICO / BIOQUÍMICO
0371-PAULO RICARDO MENDONÇA VASCONCELOS

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ:06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANÓ/PI

Identificação: E0129947



Coletado:

Data: 28/03/2018

Paciente: JANAINA BARBOSA DA SILVA
Médico(a): ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

Convênio: Leito: Enfermaria:

Sexo: FEMININO
Idade: 16 ANOS, 10 MESES, 10 DIAS
Impresso: 28/03/2018**ICOSÉ**

Material: PLASMA

Método: ENZIMATICO

Resultado:

140 mg/dl

70 A 110 mg/dl

SOLUÇÃO GERAL:



CRF: 0371-PAULO RICARDO MENDONÇA VASCONCELOS


Dr. Paulo Ricardo Mendonça Vasconcelos
FARMACÊUTICO / BIOQUÍMICO



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANÓ/PI

Aendimento: E0129947



Coletado:

Data: 28/03/2018

Paciente: JANAINA BARBOSA DA SILVA

Sexo: FEMININO

Médico(a): ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

Idade: 16 ANOS, 10 MESES, 10 DIAS

Convênio:

Leito: Enfermaria:

Impresso: 28/03/2018

COAGULOGRAMA

Material:

Método:

TEMPO DE SANGRIA

4 MIN

1 a 3 Min

TEMPO DE COAGULAÇÃO

15 MIN

5 A 10 min

OBSERVAÇÃO GERAL:

Dr. Paulo Ricardo Mendonça Vasconcelos
FARMACÉUTICO / BIOQUÍMICO

CRF: 0371-PAULO RICARDO MENDONÇA VASCONCELOS

O laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 601 com revisão em lamina; Bioquímica (Bio 2001

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Hospital Regional “Tibério Nunes”

Floriano - Piauí

SERVÍCIO DE RADIOLOGIA

Nome do Paciente: *José Wesley Barbosa Lacerda*

Clínica:

Convênio: Particular () SUS () Outros Convênios ()

Apt.º

Leito:

Médico:

Enfermaria:

Exames Solicitados:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Dr. Conveniente, 010-42100-0000

00000-0000

00000-0000

00000-0000

Assinatura do Médico Solicitante

CRM

Obs.: Exames pago pelo SUS, sendo proibida a cobrança de qualquer taxa.

JANAINA BARBOSA DA SILVA

16 Anos

Sexo: feminino

ESPECIALIDADES

Hormônios
Teste de DNA
Teste do Pezinho
Hematologia
Bioquímica
Uroanálise
Microbiologia
Marcadores Tumorais
Teste Toxicológico

CONVÊNIOS:

• AMIL
• BRADESCÔ SAÚDE
• CORREIOS
• CAMED
• CAPESAÚDE
• FACHESF
• GEAP
• UNIPLAN
02018301/01
28/03/2018 13:34
HTN
HOSPITAL

• HUMANA
• HAPVIDA
• IAPEP
• MEDPLAN
• SESC
• SUS
• UNIMED
• OAB-PI
• CASSI

Material: SORO

URÉIA.....: 45 mg/dl

Método: Cinético UV

Valor(es) de Referencia

Criancas e Adolescentes (mg/dl)

1 dia a 12 meses		2 a 34 mg/dl
1 a 13 anos		8 a 36 mg/dl
Adultos		15 a 45 mg/dl

EXAME REPETIDO E CONFIRMADO

à

Material: SORO

CREATININA.....: 0,70 mg/dl

Método: Labtest

VALORES DE REFERENCIA:

Recém-nascido		0,31 - 0,92
2 semanas-1 ano		0,16 - 0,39
1 - < 3 anos		0,17 - 0,35
3 - < 5 anos		0,26 - 0,42
5 - < 7 anos		0,29 - 0,48
7 - < 9 anos		0,34 - 0,55
9 - < 11 anos		0,32 - 0,64
11 - < 13 anos		0,42 - 0,71
13 - < 15 anos		0,46 - 0,81
Adulto(Mulher)	18 - 74 anos	0,53 - 1,00
Adulto(homens)	18 - 74 anos	0,70 - 1,20

Obs. Exame repetido e confirmado



Data de Emissao: 28/03/2018

Dra. Carmélia de Almeida Reis
CRF - 259

Dra. Caroline de Almeida Reis
CRF - 689

Dra. Liana de Almeida Reis
CRF - 1165

O Valor preditivo dos testes laboratoriais depende da situação clínico-epidemiológica do (a) paciente. Somente seu médico tem condições de interpretá-lo.



BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosintesepima.com.br

FILIAL

Av. dos Holândeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place • Calhau
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosintesepima.com.br

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: Regional Gerais Unis

C.N.P.J. 06.553.564/0103.62

Assinatura Estevie Peixoto de Souza

Cargo Funcionário

Nome _____

Código Ropm Nº	DESCRÍÇÃO DO MATERIAL
93398085	1 fio de isolante
	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
	02 JAN 2019
	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 485 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 08/06/18 DATA DA ALTA _____ / _____ / _____

PACIENTE - Nome: Jessica Rebeca de Souza

Nº AIH: _____

Nº do Prontuário: JO 6434 Data da Internação 24/03/18

Procedimento Médico Realizado: _____

Indicador de Compatibilidade: Dr. Sérgio José Magalhães

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Sérgio José Magalhães CRM Nº 4462

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

099.337.333-03

Nome completo da vítima

JANAINA BARBOSA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

JANAINA BARBOSA DA SILVA

CPF titular da conta

099.337.333-03

Profissão

ESTUDANTE

Endereço

RUA SANTO AMARO

Número

SIN

Complemento

CASA

Bairro

ALTO DA CRUZ

Cidade

MANOEL EMÍDIO

Estado

PIAUÍ

CEP

64845-000

Email

Telefone (DDD)

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

 ATÉ R\$ 1.000,00

 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 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)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BRADESCO

NRO

237

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

INFORMAR dígito se existir

INFORMAR dígito



===== VIA DO CLIENTE =====
Correspondente do Banco Bradesco

Ag. Relac.: 05794 - CANTO DO BURITI
PACB : 095 - SOLENIS SUPERMERCADOS

Agencia : 05794-CANTO DO BURITI
Conta : 0000000006175-1
Nome : JANAINA BARBOSA DA SILVA
Data : 21/11/2018
Modalidade: ●

Tipo Pessoa: Fisica
Tipo Conta : Conta Corrente





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR – GPI
17ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE CANTO DO BURITI-PI
 Rua Getúlio Vargas s/nº, Santa Luzia, Canto do Buriti-PI, CEP 64.890-000, email: dpcantodoburiti@gmail.com.br



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 1276/2018 - 17ºDRPC DE CANTO DO BURITI

Delegacia: 17ª Delegacia de Canto do Buriti/PI
 Delegado: Yan Rego Brayner

Resp. p/ Registro:
 Data/Hora:

Daniele Batista Araujo
 Segunda-feira - 12/11/2018 - 10h50min

NATUREZA DO FATO

Natureza do Fato: Acidente de Trânsito

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: 17ª Delegacia de Canto do Buriti/PI
 Local do fato: Via Pública
 Endereço: BR 135 km
 Bairro: Zona Rural
 Ponto de Ref.
 Município: Manoel Emídio

Data/Hora: 18/03/2018 aprox. 19h00min

494605

Estado: Piauí

DADOS DO NOTICIANTE

Nome: Gercilia Barbosa Pereira
 RG: 2.492.743 SSP/PI CPF: 052.970.303-31
 Filiação: Hercílio Pereira e Venâncio Barbosa
 Endereço: Rua Santo Amaro, s/n.
 Bairro: Alto da Cruz
 Ponto de Ref.
 Município: Manoel Emídio

Idade: 38 anos - 08/12/1979

Telefone: (89)99457-0639

Estado PI

DADOS DA VÍTIMA

Nome: Janaina Barbosa da Silva
 RG: Prejudicado CPF: 099.337.333-03
 Filiação: Gercilia Barbosa Pereira e Diocílio da Silva
 Endereço: Rua Santo Amaro, s/n.
 Bairro: Alto da Cruz
 Ponto de Ref.
 Município: Manoel Emídio

Idade: 17 anos - 17/05/2001

Telefone: (89)99411-6334

Estado PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

OBJETOS / DOCUMENTOS/ EQUIPAMENTOS ENVOLVIDOS

Desc. Material:
 Quantidade: Valor R\$:

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Marca/Mod/Ano: HONDA/ XLR 125 ES, Ano: 2001, Licenciado em nome de: RAIMUNO Placa: LWB-3158
 CRISPIM PEREIRA DOS SANTOS.
 Cor: VERMELHA Chassi: 9C2JD17201R018213 Renavam: 765815460

NARRATIVA DO FATO

A noticiante compareceu a esta delegacia para informar que na data, hora e local acima citada, sua filha de nome Janaina Barbosa da Silva estava em uma motocicleta com Clesiane da Silva Oliveira (4.361.775 SSP/PI); Que Janaina estava de carona e Clesiane era a condutora da motocicleta; Que Janaina falou que estavam vindo da Localidade Água Branca; Que ao Chegarem na BR 135 os pneus estouraram e Clesiane perdeu o controle da motocicleta; Que caíram no meio fio da pista e ficaram desacordadas; Que um homem desconhecido que transitava no momento ligou para o SAMU; Que aproximadamente às 20:30h receberam os primeiros atendimentos pelo SAMU da cidade de Manoel Emídio/PI; Que foram transferidas para o Hospital de Manoel Emídio/PI; Que teve fratura na clavícula ficando internada por um dia; Que na data do dia 19/03/2018 foram transferidas para o Hospital Regional Tibério Nunes na cidade de Floriano/PI, ficando até a data do dia 20/03/2018; Que dia 27/03/2018 retornaram para o Hospital Regional Tibério Nunes na cidade de Floriano/PI; Que foi feito procedimento cirúrgico Ortopédico - Clavícula E (braço esquerdo) na data do dia 07/04/2018. É o relato.

Gercilia Barbosa Pereira
 Noticiante

Daniele Batista Araujo
 Escrivão/ad.hoc. Agente



REGISTRO DE OCORRÊNCIA

2019

NOME DO PACIENTE: Janaina Barbosa da Silva
SEXO: () MAS (X) FEM IDADE: 16 Anos
ENDERECO DA OCORRÊNCIA: B1: 135 Km

TIPO DA OCORRÊNCIA:

() Envenenamento () Agressão Física
() Choque Elétrico () Afogamento
() Urgência Obstétrica () Queda
() Urgência Pediátrica () Já removido
() Ferimento Arma Branca () Ferimento Arma de Fogo
() Atropelamento () Urgência Clínica

(X) Acidente de Moto
() Acidente de Carro
() Mal Súbito
() Falso Chamado
() Queimadura

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

(X) Alerta
() Responde ao Comando
() Responde a Dor
() Sem resposta

PUPILAS:

(X) Iguais
() Desiguais

FALA:
(X) Normal
() Confusa

PULSO RADIAL:

(X) Forte
() Fraco
() Ausente
() Leve
() Moderado Intenso

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

() Aspiração () Outros _____
() Oxigênio () Imobilização de extremidades
() Reanimação CARDIO-RESP (X) Prancha
() Ventilação Artificial (X) Colar Cervical
(X) Monitorização () KED

() Acesso Venoso
Solução _____ DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
() Ass. Obstétrica DPVAT
() Hemostasia CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
(X) Curativo

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS:

ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

() Melhorando () Severa Gravidade () Indeterminado
(X) Piorando () Média Gravidade () Óbito antes do Socorro
() Inalterado () Pequena Gravidade () Óbito no transporte
() Coma () Ileso

HOSPITAL DE DESTINO: Hop Manoel Emídio

Weslaine Santana Chaves
Enfermeira / Técnica de Enfermagem

2019 CORSM: 924.689
Profissional Receptor do Hospital



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL EMÍDIO-PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
CNPJ 06.554.125/0002-20
SAMU 192



Ofício n.º 046/2018

Manoel Emídio, 28 de Novembro de 2018.

A Requerente

Assunto: Entrega da ficha de atendimento do SAMU 192.

Prezado Senhora,

Venho através deste presente ofício informar a senhora Gercilia Barbosa Pereira, inscrito sob o RG n.º 2.492.743 SSP/PI, que a ficha de atendimento referente a ocorrência de Janaina Barbosa da Silva no dia 18 de Março de 2018 no turno da noite na BR 135 no município de Manoel Emídio-PI, que foi requerida pela mesma, foi disponibilizada e segue em anexo no presente ofício.

Na certeza do entendimento, renovamos votos de elevada estima e me coloco a disposição para maiores informações e esclarecimentos.

Atenciosamente,

POLLYANNA TAINA DE MORAIS SOUSA
Coordenadora SAMU
Manoel Emídio-PI
COREN-PI 499.406-ENF



Pollyanna Taiana de Moraes Sousa
Coordenadora SAMU
Manoel Emídio-PI