



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001393/2018-83

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Everaldo De Andrade Filho

Data/Hora: 10/07/2018 - 10:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE OEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Endereço

BR-230, NAS PROXIMIDADES DO ASSENTAMENTO BARRIGUDA, Nº:

Complemento

ZONA RURAL DE OEIRAS-PI

Data/Hora

28/03/2018 - 18:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

Tipo Envolve.: VITIMA/Noticiante

RG: 3.647.974 SSP PI

Mãe: ROSA PEREIRA DE SOUSA

Pai: GUILHERME ANTONIO DE SOUSA

Endereço: LOCALIDADE NOVA FAZENDA, Nº:

Complemento: ZONA RURAL DE OEIRAS PI

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-8458-5517

Nome: ANTONIA CARVALHO DE SOUSA

Tipo Envolve.: VITIMA

RG: 1.825.134 SSP PI

Mãe: HELENA FERREIRA DE CARVALHO

Pai: ANTONIO FERREIRA DE CARVALHO

Endereço: LOCALIDADE NOVA FAZENDA, Nº:

Complemento: ZONA RURAL DE OEIRAS-PI

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: OEIRAS

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA, CG 150 TITAN KS

Ano: Placa: Chassi:

2008 NHY1947 9C2KC0810BR231460

Renavam: Cor:

00974858951 Preta

Condutor: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

RG: 3.647.974 Órgão: SSP UF RG: PI

End: LOCALIDADE NOVA FAZENDA Número: Complemento: ZONA RURAL DE OEIRAS-PI

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: ANTONIO FILHO DE CARVALHO SOUSA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA o noticiante que, no dia 28/03/2018, por volta das 18:00h, trafegava pela BR-230, sentido Oeiras/Floriano, conduzindo referida motocicleta, caracterizada acima; QUE em referida motocicleta, o noticiante levava na carona (garupa), sua esposa ANTONIA CARVALHO DE SOUSA; QUE em determinado trecho, mais precisamente, nas proximidades do Assentamento Barriguda o noticiante bateu referida motocicleta, em um animal (vaca), vindo a cair, QUE após o acidente o noticiante sofreu queimaduras de segundo grau em MMSS E MMII, causado pela moto que ficou em chamas após o acidente; QUE o noticiante foi socorrido por terceiros e encaminhado a UPA - Unidade de Pronto Atendimento 24h, em Oeiras-PI, e logo em seguida transferido para o HUT - Hospital de Urgência de Teresina, onde passou por procedimento cirúrgico; QUE sua esposa, ANTONIA CARVALHO



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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001393/2018-83

DE SOUSA, apresenta escoriações leves pelo corpo e refere dor torácica irradiando para o dorso e dor intensa em MBD (BRAÇO), que na oportunidade também foi socorrida por terceiros e encaminhada para a UPA, em Oeiras, onde foi medicada; QUE O NOTICIANTE NÃO POSSUI CNH. Era o que tinha a noticiar.

Etevaldo De Andrade Filho - Mat. 086702X  
AGENTE DE POLÍCIA

*Domingos Antônio de Souza*  
DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

*[Large handwritten signature]*  
Delegado de Polícia



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da 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 Legal 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 pelo seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

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

Nome Completo da Vítima Bonifácio Antônio de Souza CPF da Vítima 121.749.302-04 Data do Acidente 26-03-2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias 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 à 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.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

DEERAS, 10 de JULHO de 2018

Local e Data

Bonifácio Antônio de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da 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 Legal 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 pelo seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

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

Nome Completo da Vítima Bonifácio Antônio de Souza CPF da Vítima 121.749.302-04 Data do Acidente 26-03-2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias 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 à 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.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

DEERAS, 10 de JULHO de 2018

Local e Data

Bonifácio Antônio de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**  
**TOTONHO FREITAS,**  
**OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000**  
**CNPJ: 06553564001371**  
**(89) 3462-1213 - ( ) -**

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**  
**Atendimento: P022600**  
**Data: 28/03/2018**  
**Funcionário: MARIAJ**  
**Registro: 13701**  
**Hora: 18:47:00**  
**Tipo: CONSULTA**  
**Sexo: MASCULINO**  
**SUS**

Senha 113

**DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**

Nasc.: 09/10/1960 Idade: 57 ANOS, 8 MESES, 12 DIAS Profissão:  
End.: LOCALIDADE NOVA FAZENDA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: OEIRAS/PI  
Cep: 64500-000 Telefone: ( ) - Mae: ROSA PEREIRA DE SOUSA Pai: GUILHERME ANTONIO DE SOUSA

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6111 - MARCIA GRABRIELLE DIAS SOUSA

Responsável: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA - O MESMO Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0  
Glicemia: 0 Frequencia: 0,00 Saturação: 0**Procedimentos**

28/03/2018 18:47 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

28/03/2018 19:17 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

 Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não
**ANOTACÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X ANIMAL), APRESENTANDO QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU EM MMSS E MMII. SEGUNDO O FILHO APÓS A COLISÃO A MOTO FICOU EM CHAMAS. PACIENTE FOI CONDUZIDO POR POPULARES E APRESENTE-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E REFERINDO DOR INTENSA. SABIDAMENTE HIPERTENSO. CONDUZIDO PARA SALA AMARELA.

**ASSINATURA DO PROFISSIONAL**

28/03/2018 19:17:25

492512-NATANHIA FERREIRA DA PAIXÃO LOPES

**DADOS CLÍNICOS**

Senha 113

SUS

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X ANIMAL), APRESENTANDO QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU EM EXTENSÃO ANTERIOR E POSTERIOR DE MSQ E MID. ACQ > 20% SEGUNDO O FILHO APÓS A COLISÃO A MOTO FICOU EM CHAMAS.

**Procedimentos****DIAGNÓSTICO**

QUEIMADURA

**EXAMES COMPLEMENTARES**

CID  
**PJ CORRETORA DE SEGUROS**  
19 JUL 2018

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

SORO RINGER LACTATO 500 ML

4BS ENDOVEN ABERTO

CEFALOTINA 1G FRA - INJETAVEL

2CX ENDOVEN  
(EV)  
OSA**DADOS CLÍNICOS**

MORFINA 1MG/ML SOL. INJ.

(EV)  
1AMP ENDOVEN 2,5ML EV ACM DILUIR EM 9ML DE  
OSAGRAU EN EXTENSÃO ANTERIOR E POSTERIOR  
(EV) 1,5KG E MID. ACQ > 20  
TRAMADOL, CLORIDRATO ALCO. 500MG/ML 100ML A 10%  
(TRAMAL)(TRAMAL)  
ENDOVEN 1AMPO.  
OSA  
(EV)

CAPTOPRIL 25 MG

1COM ORAL AFERIR PA APÓS 1  
HORA**DPVAT****CONDUTA MÉDICA**

ESTABILIZAÇÃO

Data: 25/06/2018 Hora: 10:41:01

CID

28/03/2018

2º Vaginograma feito em 25/06/2018  
Mecanismo de lesão: Choque do Nascimento  
CPF: 052.146.403-07  
Coord. Administrativo UPA

**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**  
**TOTONHO FREITAS,**  
**OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000**  
**CNPJ: 06553564001371**  
**(89) 3462-1213 - ( ) -**

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**  
**Atendimento: P022600**  
**Data: 28/03/2018**  
**Funcionário: MARIAJ**  
**Registro: 13701**  
**Hora: 18:47:00**  
**Tipo: CONSULTA**  
**Sexo: MASCULINO**  
**SUS: \_\_\_\_\_**

**Senha 113****DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**

Nasc.: 09/10/1960 Idade: 57 ANOS, 8 MESES, 12 DIAS Profissão:  
End.: LOCALIDADE NOVA FAZENDA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: OEIRAS/PI  
Cep: 64500-000 Telefone: ( ) - Mae: ROSA PEREIRA DE SOUSA Pai: GUILHERME ANTONIO DE SOUSA

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6111 - MARCIA GRABRIELLE DIAS SOUSA

Responsável: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA - O MESMO Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0  
Glicemia: 0 Frequencia: 0,00 Saturação: 0**Procedimentos**

28/03/2018 18:47 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

28/03/2018 19:17 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

 Vermelho - Emergência     Laranja - Muito Urgente     Amarelo - Urgente     Verde - Pouco Urgente     Azul - Não
**ANOTACÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X ANIMAL), APRESENTANDO QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU EM MMSS E MMII. SEGUNDO O FILHO APÓS A COLISÃO A MOTO FICOU EM CHAMAS. PACIENTE FOI CONDUZIDO POR POPULARES E APRESENTE-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E REFERINDO DOR INTENSA. SABIDAMENTE HIPERTENSO. CONDUZIDO PARA SALA AMARELA.

**ASSINATURA DO PROFISSIONAL**

28/03/2018 19:17:25

492512-NATANHIA FERREIRA DA PAIXÃO LOPES

**DADOS CLÍNICOS****Senha 113**

SUS

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X ANIMAL), APRESENTANDO QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU EM EXTENSÃO ANTERIOR E POSTERIOR DE MSQ E MID. ACQ > 20% SEGUNDO O FILHO APÓS A COLISÃO A MOTO FICOU EM CHAMAS.

**Procedimentos****DIAGNÓSTICO**

QUEIMADURA

**EXAMES COMPLEMENTARES**

**CID**  
**PJ CORRETORA DE SEGUROS**  
19 JUL 2018

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

SORO RINGER LACTATO 500 ML

4BS ENDOVEN ABERTO

CEFALOTINA 1G FRA - INJETAVEL

2CX ENDOVEN  
(EV)  
OSA**DADOS CLÍNICOS**

MORFINA 1MG/ML SOL. INJ.

1AMP ENDOVEN 2,5ML EV ACM DILUIR EM 9ML DE

GRAS EM EXTENSÃO ANTERIOR E POSTERIOR (EV) 10,000 E MID. ACQ &gt; 20

TRAMADOL, CLORIDRATO ALCO. 500MG/ML 100ML A 10% (TRAMAL) ENDOVEN 10ML DILUIR EM 90,9%

CAPTOPRIL 25 MG

1COM ORAL AFERIR PA APÓS 1 HORA

**DPVAT****CONDUTA MÉDICA**

ESTABILIZAÇÃO

Data: 25/06/2018 Hora: 10:41:01

CID

25/06/2018

*2º Vaginograma feito em 25/06/2018*  
*Marcia Grabrielle Dias Souza do Nascimento*  
*CPF: 052.146.403-07*  
*Coord. Administrativo UPA-UPA*

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01383

CONTA: 00000060935-6

---

Nr. da Autenticação 073421F7EB8EC71B

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
**0768573-4**

Nº da Nota Fiscal **005050382**

A Tela Sociofaz Energia Elétrica - TSEE foi criada  
Pelo Leis nº 10.516 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS **ABRIL/2018** VENCIMENTO **04/05/2018** CONSUMO (kWh) **32** TOTAL A PAGAR (R\$) **17,30**

DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA  
LC NOVA FAZENDA D B-RURAL  
CPF: 00012174920204  
CEP: 64.500-000 - OÉIRAS

DADOS DA LEITURA		ROT: 68.770.18.85.058400	DADOS DA LEITURA	
Atual:	389		Atual:	26/04/2018
Anterior:	327		Anterior:	27/03/2018
Conteúdo de Multiplicador:	1,000		Fim da Leitura:	25/05/2018
Límite Único Medidor:	32		Envio:	25/04/2018
Consumo Totalizado:	32	FCAM	Aproximado:	26/04/2018
NORMAL				

CLASSIFICAÇÃO		Lote/Leitura	Número Medidor	Posto	Código Posto	Mês(s) 12 meses
<b>HISTÓRICO kWh</b>						
Mês/ano consumo						
MAR/13	51					
FEV/13	41					
JAN/13	41					
DEZ/17	43					
NOV/17	53					
DUT/17	53					
SET/17	45					
AGO/17	28					
JUL/17	24					
JUN/17	27					
TOTAL SOM FIM/17	32 - 8.357,00					

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

19 JUL 2018

**DPVAT**

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Año	Valor R\$
07/2015	34,17
08/2015	11,92
01/2015	34,63

INFORMAMOS EXISTIREM DEBITOS/ VENCIMENTOS NO VALOR DE R\$ 34,17, R\$ 11,92 E R\$ 34,63 CORRESPONDENTES AOS VENCIMENTOS DE JUROS DE MORA DE IMPO DO MESES DE JULHO, AGOSTO E MARÇO DE 2015. OS DEBITOS REFERENTES AO JURO DE MORA REFERENTE AO MESES DE JUNHO, JULHO, AGOSTO E SETEMBRO DE 2015, ESTAMOS EM TRAMITAÇÃO E NÃO PODEMOS CONFIRMAR SE ESTAMOS NO VALOR DE R\$ 34,17, R\$ 11,92 E R\$ 34,63. POR FAVOR, VERIFIQUE SEUS DEBITOS NA TELA SOCIOFAZ E PAGUE OS VENCIMENTOS ATUALIZADOS.

**ALIQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017.**  
LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 16 15 2018

RESERVADO AO FISCO 2804.9143.8749.AAD/AC48.02F4.5F8A.3C44

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Desbifúcio	3,93	Base de Cálculo:	16,73
Energia:	6,74	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	1,06	Valor do ICMS:	3,68
Residencial:	1,07	Valor do PIS:	0,11
Métricas:	4,31	Valor do COFINS:	0,52

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54
0,00			0,00		0,00	

OÉIRAS

02/2018

8137



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1185343-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 1.72 - Centro Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 00.043.742-0001-24 | Inscrição Estadual: 19.301.380-5  
KMS Fórum / Centro de Energia Elétrica - Termo 01  
Regime especial de Impostos sobre renda da Sefaz/GO/96

Nº da Nota Fiscal: 009418036

A Taxa Social de Energia Elétrica - TSEE é introduzida  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	19/07/2018	125	151,78

RANYERE HARTMINS SILVA  
AV DOM EXPEDITO LOPES 241 OEIRAS NOVA  
CPF: 00004610028342  
CEP: 64.500-000 - OEIRAS

ROT: 61.770.11.33.110800

DATA DE LEITURA	kWh	DATAS DE LEITURA
Jul/18	11430	Atual: 12/07/2018
Agosto:	11305	Anterior: 14/06/2018
Correção de Multiplicador:	1.000	Próxima Leitura: 14/08/2018
Consumo Médio:	125	Última: 11/07/2018
Consumo Faturado:	125	Representante: 12/07/2018

NORMAL

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMO (UA)					
Classe Residencial	Ligação	Número Medidor	Porta	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	61260314			

CONSUMO ANUAL (kWh)	
Média de consumo	
JUN/18	138
MAI/18	140
ABR/18	128
MAR/18	122
FEV/18	120
JAN/18	127
DEZ/17	97
NOV/17	105
OUT/17	110
SET/17	113
DEZ/17 (Média):	104,03
(A 125 - R\$ 0,604030)	

DESCRIPÇÃO DA CONTA

CONSUMO	125 A R\$ 0,892309 =	104,03
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		8,30
CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00		2,20
MULTA POR ATRASO 05/18-00		2,80
PARCELAMENTO DE DEBITOS 5/6		32,54
JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00		1,91
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA		6,24

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVALIO DE VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$ 06/2018 156,52

Indicador consumidor suspeito de fraude. O reavaliação do consumo é feita periodicamente para garantir que o consumo é real. Se o consumo é suspeito, pode ser necessário realizar uma auditoria. Informações adicionais podem ser obtidas no seu fornecedor(s) e na sua assessoria. O valor de reavaliação é baseado no valor histórico. Caso haja suspeita de pagamento irregular, pode-se aplicar este indicador.

LIGUE 0300 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 7C5C.97F5.BEA2.C7A2.EF1E.2A7B.5EED.BF84

VALORES DE REFERÊNCIA DA CONTA (R\$)	
Distribuição:	21,56
Impostos:	40,99
Impostos:	6,45
Impostos:	6,53
Encargos:	28,50

IMPOSTOS/ENCARGOS - R\$	
Base de Calculo:	104,03
Aliquota ICMS:	22,00%
Valor do ICMS:	22,88
Valor do PIS:	1,00
Valor do COFINS:	4,62

INDICADORES DE CONTINUIDADE

6,03 12,06 24,12 3,61 7,25 14,45 3,54  
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

OEIRAS 05/2018 40,83

ROT: 61.770.11.33.110800

SEU CÓDIGO

1185343

TOTAL A PAGAR - R\$

151,78

Eletrobras  
Distribuição Piauí

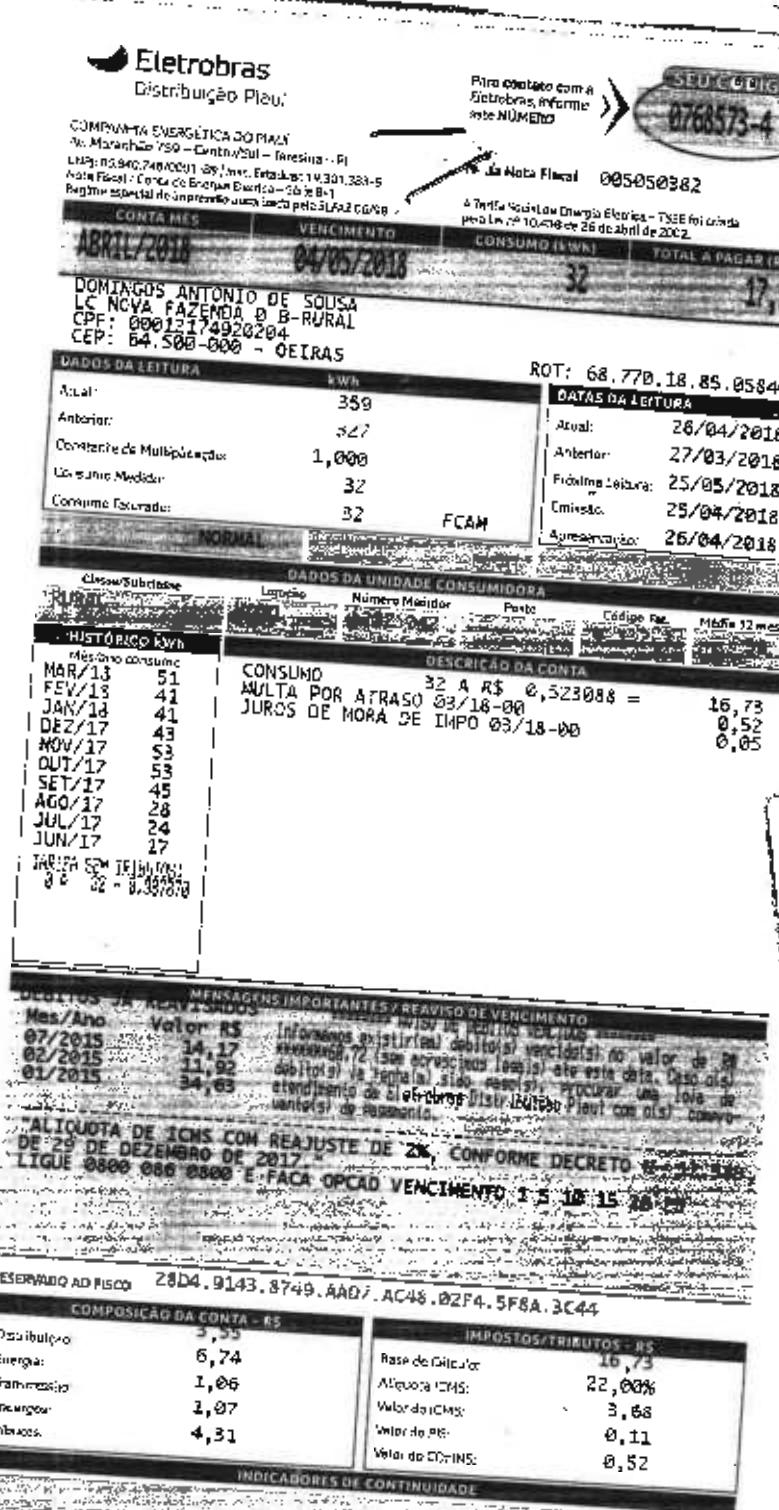
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 1.720 - Centro Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 00.043.742/0001-80 | Inscrição Estadual: 19.301.380-5

MES FATURADO  
Nº da Nota Fiscal: 009418036 FCAM

VENCIMENTO  
10/07/2018

8364000001 1 51780017000 6 00000001185 8 34330718008 7





PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT



Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1185343-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Nro. Estadual 19.301.383-6  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impostos autorizado pela SIEF/PI 0/09

Nº da Nota Fiscal 008418036

A Tarifa Social de Energia Elétrica - JSEE foi criada  
pela Lei nº 10.498 de 28 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	19/07/2018	125	151,78

RANYERE MARTINS SILVA  
AV DOM EXPÍDITO LOPES 241 OEIRAS NOVA  
CPF: 000.045.400-28342  
CEP: 64.500-000 - OEIRAS

ROT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA		NWB	DATAS DA LEITURA	
Atual:	11430		Atual:	12/07/2018
Anterior:	11305		Anterior:	14/06/2018
Constante de Multiplicação:	1.000		Próxima Leitura:	14/08/2018
Consumo Médio:	125		Emissão:	11/07/2018
Consumo Faturado:	125	FCAM	Apresentação:	12/07/2018

NORMA EPCB

Classe/Subclasse	Uso/Elo	Número Medidor	Pasta	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	547200414			150

HISTÓRICO kWh		DESCRIPÇÃO DA CONTA
Médianas consumos:		
JUN/18	138	CONSUMO 125 A R\$ 0,832309 = 104,03
JAI/18	140	CONTR. ILUMINACAO PUB. (C05IP) 8,30
ABR/18	128	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00 2,20
MAR/18	122	Multa por atraso 05/18-00 2,80
FEV/18	120	PARCELAMENTO DE DEBITOS 5/6 32,54
JAN/18	127	JUROS DE MORA DE IMP0-05/18-00 1,91
DEZ/17	97	ADICIONAL BANDEIRA HERMOSA 6,24
NOV/17	105	
OUT/17	110	
SET/17	113	
TARIFA SEUS TRIBUTOS:		
0 R\$ 125 - 0,6010%		

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

10 SET 2018

MENSAGENS IMPORTANTES PARA O VENCIMENTO

Mes/Ano Vencimento 06/2018 156,52

União Corretores suspende o fornecimento de energia elétrica a partir de 21/07/2018, se não forem pagas as contas avisadas neste ato. O não pagamento pode ensejar a suspensão do fornecimento de energia elétrica, caso ainda existirem contas vencidas e/ou vencidas a partir de 23/07/2018. Valor histórico pago antecipado favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 036 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 7CS6.97F5.BEA2.C7A2.EF1E.ZA7B.5ED.BF84

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
21,56	104,03
Distribuição 40,99	Bases de Cálculo 22,00%
Enrolada 6,45	Alíquota ICMS 22,38
Transmissão 6,53	Valor do ICMS 1,00
Entregues 28,50	Valor do PIS 4,62
Total-Nos	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

6,03 12,06 24,12 3,61 7,23 14,45 3,54  
0,00 0,00 0,00 0,00

OEIRAS 05/2018 40,83

ROT: 61.770.11.33.110800

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1185343-3	151,78
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
07/2018	19/07/2018

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Nro. Estadual 19.301.383-6

Nº da Nota Fiscal 008418036 FCAM

83640000001 1 51780017000 6 00000001185 8 34330718008 7



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, presidência privada aberta, capitalização e reseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícites previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu RANGER MARTINS SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 016.110.0 - 283/42, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edson Antônio de Souza, inscrito (a) no CPF sob o N° 014.910.000.283/42, do sinistro de DPVAT cobertura TV 10 IPNE2 da Vítima Domingos Antônio de Souza, inscrito (a) no CPF sob o N° 121.719.202/04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: SEM RENDA e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço Bairro Cidade Cep/UF	Número Estado CEP	Complemento
<u>AV: DOM - EXPEDITO LOPEZ</u> <u>JURÉM/RN</u>	<u>241</u> <u>PE</u>	<u>- 1 -</u>
<u>Q. EXPEDITO LOPEZ</u>	<u>PEAV 1 64-500 000</u>	<u>Telefone comercial DDD:</u> <u>89 99493583</u>
<u>Local e Data</u>	<u>Assinatura do Declarante</u>	

01/07/2018  
Local e Data

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

19 JUL 2018

**DPVAT**

Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, presidência privada aberta, capitalização e reseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícites previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu RANGER MARTINS SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 016.110.0 - 283/42, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edson Antônio de Souza, inscrito (a) no CPF sob o N° 014.910.000.283/42, do sinistro de DPVAT cobertura TV 10 IPNE2 da Vítima Domingos Antônio de Souza, inscrito (a) no CPF sob o N° 121.719.202/04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: SEM RENDA e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço Bairro Cidade Cep/UF	Número Estado CEP	Complemento
<u>AV: DOM - EXPEDITO LOPEZ</u> <u>JURÉM/RN</u>	<u>241</u> <u>PE</u>	<u>- 1 -</u>
<u>Q. EXPEDITO LOPEZ</u>	<u>PEAV 1 64-500 000</u>	<u>Telefone comercial DDD:</u> <u>89 99493583</u>
<u>Local e Data</u>	<u>Assinatura do Declarante</u>	

01/07/2018  
Local e Data

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

19 JUL 2018

**DPVAT**

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO FILHO DE CARVALHO SOUSA,

RG nº 2618.520, data de expedição 11/08/14,  
Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 031.273.803-40, com  
domicílio na cidade de OFRAS, no Estado de  
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LOCALIDADE - NOVA FAZENDA - ZONA RURAL, nº 51/C

complemento -/-, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA cujo o condutor era  
Domingos Antonio de Sousa.

Veículo: PAS - MOTO C&C 6

Modelo: HONDA - C6 - 150 - TITAN-KS

Ano: 2008

Placa: NTT 4 - 2947

Chassi: 9C2KC08108R231460

Data do Acidente: 28 - 03 - 2018

Local e Data: BR 230, TRAJANO 2014 SERTÃO DE JERÔMIA FERREIRA - PI  
NO MUNICÍPIO DE OFRAS - PAUZ - 28-03-18.

3º Ofício  
3º Ofício

Antonio filho de carvalho sousa

Assinatura do Declarante

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



**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

19 JUL 2018

**DPVAT**

*POR AUTENTICIDADE*

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO FILHO DE CARVALHO SOUSA,

RG nº 2618.520, data de expedição 11/08/14,  
Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 031.273.803-40, com  
domicílio na cidade de OERAS, no Estado de  
PÍAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LOCALIDADE - NOVA FAZENDA - ZONA RURAL, nº 51/C

complemento -/-, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA cujo o condutor era  
Domingos Antonio de Sousa.

Veículo: PAS - MOTO C&C 6

Modelo: HONDA - C6 - 150 - TITAN-KS

Ano: 2008

Placa: NTT 4 - 2947

Chassi: 9C2KC08108R231460

Data do Acidente: 28 - 03 - 2018

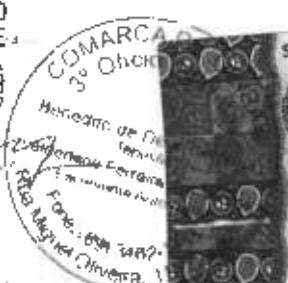
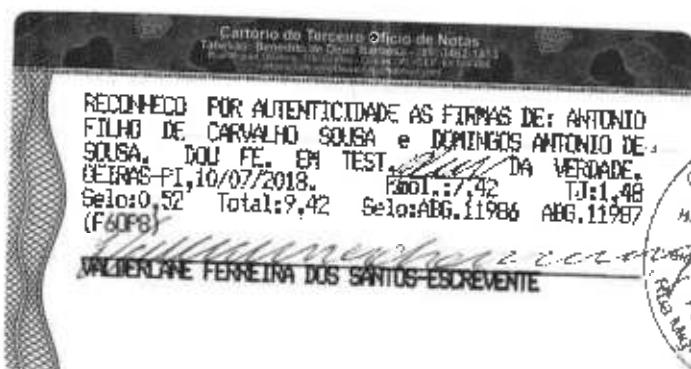
Local e Data: BR 230, TRAJANO 2014 SERTÃO DE OERAS À FELIPE - PI  
NO MUNICÍPIO DE OERAS - PAUZ - 28-03-18.

3º Ofício  
3º Ofício

Antonio filho de carvalho sousa

Assinatura do Declarante

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



**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

19 JUL 2018

**DPVAT**

*POR AUTENTICIDADE*

**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**  
**TOTONHO FREITAS,**  
**OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000**  
**CNPJ: 06553564001371**  
**(89) 3462-1213 - ( ) -**

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**  
**Atendimento: P022600 Registro: 13701**  
**Data: 28/03/2018 Hora: 18:47:00**  
**Funcionário: MARIAJ Tipo: CONSULTA**  
**Sexo: MASCULINO**  
**SUS**

Senha 113

**DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**

Nasc.: 09/10/1950 Idade: 57 ANOS, 8 MESES, 12 DIAS Profissão:  
End.: LOCALIDADE NOVA FAZENDA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: OEIRAS/PI  
Cor: SEM Telefone: ( ) Mae: ROSA PEREIRA DE SOUSA Pai: GUILHERME ANTONIO DE SOUSA

Clinica: CLINICA MECUM Documento: 6111 - MARCIA GRABRIELLE DIAS SOUSA

Responsável: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA - O MESMO Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0  
Glicemia: 0 Frequencia: 0,00 Saturação: 0

**Procedimentos**

28/03/2018 18:47 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

28/03/2018 19:17 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não

**ANOTACÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO DO TIPOCOLISÃO (MOTO X ANIMAL), APRESENTANDO QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU EM EXPLORAÇÃO ANTERIOR E POSTERIOR DE MSD E MID. ACQ > 20% SEGUNDO O FILHO APÓS A COLISÃO A MOTO FICOU EM CHAMAS. PACIENTE FOI CONDUZIDO POR POPULARES E APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E REFERINDO DOR INTENSA. SABIDAMENTE HIPERTENSO. CONDUZIDO PARA SALA AMARELA.

**ASSINATURA DO PROFISSIONAL**

28/03/2018 19:17:25

492512-NATANHIA FERREIRA DA PAIXÃO LOPES

**DADOS CLÍNICOS**

Senha 113

SUS

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X ANIMAL), APRESENTANDO QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU EM EXPLORAÇÃO ANTERIOR E POSTERIOR DE MSD E MID. ACQ > 20% SEGUNDO O FILHO APÓS A COLISÃO A MOTO FICOU EM CHAMAS.

**DIAGNÓSTICO**

QUEIJADURA

**EXAMES COMPLEMENTARES**

CID  
**PJ CORRETORA DE SEGUROS**  
19 JUL 2018

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

SORO RINGER LACTATO 500 ML

4BS ENDOVEN ABERTO

CEFALOTIMA 1G FRA - INJETAVEL

2CX ENDOVEN

**DADOS CLÍNICOS**

MORFINA 10MG/ML 5ML INJ.

1AMP ENDOVEN 2,5ML EV ACM DILUIR EM 5ML DE

... GRAU EM EXTENSÃO ANTERIOR E POSTERIOR

OSA (EV) DILUIR EM 5ML E XISI. ACQ &gt; 20

TRAMADOL 100MG/ML 10ML A 10%

1AMP ENDOVEN 1AMP DILUIR EM 5ML DE SP0,9%

(TRAMAL)

OSA

CAPTOPRIL 25 MG

(EV)

ICOMI ORAL

AFERIR PA APÓS 1

HORA

**DPVAT****CONDUTA MÉDICA**

ESTABILIZAÇÃO

Data: 25/06/2018 Hora: 10:41:01

CID 31/06/2018

RESPONSABILIDADES

2018  
Márcia Grabrielle Dias Sousa  
Coord. Administração UPA  
CPF: 052.146.403-07



**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**  
**TUTONHO FREITAS,**  
**OFICAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000**  
**CNPJ: 06553564001311**  
**(89) 3462-1213 - (89)**

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**  
**Atendimento: PCII600** **Registro: 13701**  
**Data: 28/03/2018** **Hora: 18:47:00**  
**Funcionário: MARIAJ** **Tipo: CONSULTA**  
**Sexo: MASCULINO**  
**Senha 113** **SUS**

**DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**

CPF: 121.249.232-04 - RG: 3.647.974 - CARTAO DO SUS

Idade: 50 ANOS, 5 MESES, 0 DIA(S) Profissão: **Civil:** CEP: 64500-000  
**RESIDENCIAL, S -** **Saíta: ZONA RURAL** **Cidade: OEIRAS/PI**  
**TELEFONE: 0** **Mãe: ROSA PIREIRA DE SOUSA** **Pai: GUILHERME ANTONIO DE SOUSA**

**CLINICA MEDICA Documento: 4011 - MARCIA GRASIELLE DIAS SOUSA** **SUS: 706800281681623**

**DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA - O MESMO** **Temp.: 0°C** **Peso: 0Kg** **P.A.: 0**  
**ID - 2051 30531**  
**00 - 177151803**

### Procedimentos

*HUT-Cri*

16:47 030106118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

19:17 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não

### NOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ACIDENTE MOTOCICLISTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X ANIMAL), APRESENTANDO QUEIMADURAS DE 2º E 3º GRAU EM EXTENSÃO ANTERIOR E POSTERIOR DE MSD E MID. ACQ > 20% PELA PESSOA FILHO APÓS A COLISÃO A MOTO FICOU EM CHAMAS. PACIENTE FOI CONDUZIDO PELA POLÍCIA E APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICO E PSÍQUICO, SEM DOR INTENSA. SABEDORIA Hiperextenso. CONDUZIDO PARA SALA DE ATENDIMENTO.

### ASSINATURA DO PROFISSIONAL

28/03/2018 19:17:25

492512-NATANHIA FERREIRA DA PAIXÃO LOPES

### SÍMOS CLÍNICOS

ACIDENTE MOTOCICLISTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X ANIMAL), APRESENTANDO QUEIMADURAS DE 2º E 3º GRAU EM EXTENSÃO ANTERIOR E POSTERIOR DE MSD E MID. ACQ > 20% PELA PESSOA FILHO APÓS A COLISÃO A MOTO FICOU EM CHAMAS.

### DIAGNÓSTICO

CID

9999

### EXAMES COMPLEMENTARES

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

19 JUL 2018

**DPVAT**

### CLASSIFICAÇÃO MÉDICA

MAXÍMICO 500 ML	450	ENDOVEN ROBERTO OSA (EV)	19:	19:
O FRA - INJETAVEL	200	ENDOVEN OSA (EV)	19:	19:
0.1ML SOL. INJ.	100	ENDOVEN 0.5ML SY ACM DILUIR EM 9ML DE AD OSA (EV)	19:	19:
0.1ML CLORIDRATO 100 MG/ML	100	ENDOVEN OSA (EV)	19:	19:
0.1ML 100 MG	100	OSA (EV)	19:	19:

### CONDUTA MÉDICA

Data: 28/03/2018 Hora: 19:24:23

*DR. JOSÉ VIEIRA DE MÉDICO*

## **FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

Da Unidade: 000 - GERAL  
Para: AVT

<b>Nome da Pessoa Encaminhada:</b> Dr.º António José de Almeida	<b>Registro</b>
--	-----------------

Motivo do Encaminhamento:  
Circular número (01) acima mencionado.  
Muito obrigado! Até logo.

**Observações:**

28 / 01/18  
Data

**Responsável pelo Encaminhamento**

**QBS: Deve ser Arquivada no Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional**

## FICHA RETORNO

**Da Unidade:** \_\_\_\_\_

**Nome do Cliente**

Registro Original

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

19 Mai 2018

DPVAT

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or email him at [john.smith@researchinstitute.org](mailto:john.smith@researchinstitute.org).

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida  
ao local da origem através do próprio

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

Leito:

**CORRETORA DE SEGUROS**

9 JUN 2010

**DPRVAT**

Data: 28/03/148  
DN: 041101960

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

Paciente: Lionelos Antônio de Souza

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

21/03 - Reabridor sintomas com a cen-  
tal. de respiração de leito. O mês  
foi costela dura Hospital - reverencia  
CD - 2031 Hab - 17 151803 Agua-  
dande franqueira

Coronel Brasileiro

21/03 - Motopato recente cum SBM de  
luso - pt para franqueira de pra-  
int. homem de praca

Lionelos Antônio de Souza

Enfermeira

Coronel

22/03 - toracoplastia - passar HIP em  
lungs - pt no lame de lungs com ex-  
tena CD - 2031 Hab - 17 151803 Agua-  
dande franqueira

Enfermeira

Coronel Brasileiro

Aflor:



NOME DO PACIENTE: Domingos Antônio de Sousa  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 472096

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



## HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Olinto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ortopedia OT

Cir. Plástica

SUS SUS

Data: 29/03/2018 01:39:02

Paciente: RAJONILDA SANTOS

(Estado): PIAUÍ

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

<u>Name:</u> DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA	<u>Frontuário:</u> 472096
<u>Mãe:</u> ROSA PEREIRA DE SOUSA	<u>Pai:</u> GUILHERME ANTONIO DE SOUSA
<u>End. Resid.:</u> NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI - CEP: 64500-000	
<u>Nascimento:</u> 09/10/1960	<u>Idade:</u> 57a:5m:20d
<u>Responsável:</u> SIMIAO CARVALHO DE SOUSA	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Profissão:</u> LAVRADOR	<u>Fone:</u> 89-99458-4073
<u>G. Instrução:</u> Não informado	<u>CMS:</u> 706800281681623
<u>End. Local.:</u> - - -	<u>CPF:</u> * RG: 3667974 - SSP PI
	<u>E.Civil:</u> Casado(a)

## DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 657493	<u>Data:</u> 29/03/2018 01:39:02	<u>Condução:</u> AMBULANCIA DO RANII
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S
<u>Id. Trab.:</u> Não	<u>Trajeto?:</u> Não	<u>Típico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u> V299

## DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de colisão moto x animal (vaca) seguido de queimadura por chama, com capacete A: vias aéreas pétreas; B: MV fisiológico,  $S_{O_2} = 98\%$ ; C: pulso cheio, AC RR 21, BNF. D: ECG 15, matrículade e sensibilidade preservadas, sem sinais de alarme; E: abdome macerto, pulso estável, múltiplas lesões em unhas, MSD e flanco, dor à mobilização do punho direito.

<u>PA:</u> 120 X 80 mmHg	<u>P脉:</u> 69 bpm	<u>EC:</u> _____ bpm	<u>Temp.:</u> _____
<u>Diagnóstico Inicial:</u> _____			

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame rgi - x de coluna cervical, tórax e pulmões, punho direito.  
 Avaliação da ortopedia e cirurgia plástica.  
 1. Nutrição: OI sempre SFO, 9% lipídios, EV. AGORA 3000  
 2. R. Lactata - 2000 ml, TV, retole.

<u>ALTA:</u>	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Original
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<u>DATA SAÍDA:</u> / / <u>HORA:</u> : :
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
<u>ÓBITO:</u>	<input type="checkbox"/> Até 24 hs	<u>DESTINO:</u>	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs	<input type="checkbox"/> Família	<u>Proced. Solicitado:</u> _____
	<input type="checkbox"/> Após 48 hs	<input type="checkbox"/> IML	<u>0413010015</u>
		<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<u>CID Compatível:</u> DATA 25/03/18

Jámes Ribeiro  
 Cirurgião Plástico  
 CRM-PI 13493

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

X Simião Carvalho de Souza  
 Assinatura Paciente ou Responsável

# PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE	PONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENT. ou APT.	LITO
Dominique Antônio da Silveira	472096	009	550L		
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/Especialidade			
Qdg. D'na pur epatite aguda de 20 a 30 graus em MMSI		UTG			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>		OBSERVAÇÕES			
<b>DATA:</b> 14 /06 /18 <b>HORA:</b> 08 :30					
		12:00 Alta hospitalar com acompanhamento			
		Internação eletiva de 01 dia			
		Com acompanhamento			
1) Data e hora:					
2) Diagnose: SARA 1º a 4º de 8/82					
3) Tratamento: USO AG 1º a 4º de 8/82 no dia 07/06					
4) Rx: Remissão 2º a 4º VD de 8/82					
5) Uso: N/F SARA/1625-1 1º a 4º de 8/82					
6)					
(5) Com indicações de:					
→ ALTA HOSPITALAR					
Sem riscos de infarto, infarto cerebral, infarto pulmonar, embolia de pele, infarto de miocárdio.					
Necessidade de reposo relativo em casa apesar de sintomas leves.					
Observações: grande melhora observada com uso de óleo de gergelim.					
Pacientes podem receber os procedimentos cirúrgicos portentosamente caso haja necessidade, com cuidados redobrados, nem necessidades no momento da cirurgia de urgente.					



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11/06/2018

NOME DO PACIENTE: Domingos G. de Souza PRONTUÁRIO N°: 473096  
 DIAGNÓSTICO:  
 ANESTESIA: Raque  
 CIRURGIÃO:  
 AUXILIAR: ( )  
 ANESTESISTA = DRS.  
 INSTRUMENTADORA: Socorro Oliveira

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA N° 7-0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7-5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO branco	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml FRASCO	02		
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 80	UNID.	01		Eletrodos	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Cream	UNID.	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escovas	UNID.	04	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Neomicina pomada tubo	UNID.	06	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON nº 5-0	UND						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Oficina			
PROLENE							
				Corren = 145412 AE			



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente Domingos Antônio de Sousa  
Diagnóstico pré-operatório Quemadura no membro inferior direito  
Operação - Tipo Enxerto de pele

Chirurgião Vanessa 1º Assistente 11  
2º Assistente 11 3º Assistente 11  
Instrumentador(a) Socorro Oliveira Anestesiista Dra Anestesista Raque  
Anestésico(s)

Data da Operação 0m 11-06-2018 Início \_\_\_\_\_ Fim \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Pós-operatório Quemadura no membro inferior direito

Relatório Imediato do Patologista

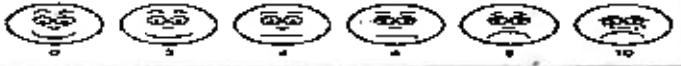
Acidente Durante a Operação

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Dranagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico
- ② -antisepsia + colocação de campo
- ③ Retirada de enxerto de pele da coxa esquerda
- ④ Fixação de enxerto na área receptora
- ⑤ Curativo em área doadora
- ⑥ Curativo em área receptora

*Assinatura*

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Domingos Antônio de Souza</u>		IDADE _____ anos	DATA <u>11 / 06 /2018</u>							
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>13 hs 00 min</u>		TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO								
CIRURGIA REALIZADA <u>Exerto de pele</u>		CIRURGIAO _____								
SINAIS VITAIS	HORÁRIO									
	ADMISSÃO		SAÍDA							
	PRESSAO ARTERIAL (mmHg) <u>98 / 62</u>			<u>125 / 73</u>						
	FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm) <u>87</u>			<u>85</u>						
	SATURAÇÃO DE O2 (%) <u>100%</u>			<u>100%</u>						
	TEMPERATURA AXILAR (°C) _____			_____						
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (pm) _____			_____							
NOME/ MATRÍCULA <u>Alinne</u>			<u>Alinne</u>							
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK										
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>						
	Movimenta dois membros	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>						
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>						
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>						
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>						
	Tem apneia	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>						
RESPIRAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>						
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>						
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>						
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>						
	Desperga, se solicitado	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>						
	Não responde	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>						
CONSCIÊNCIA	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>						
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>						
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>						
	SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>9</u>					
		ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	<u>10</u>					
		SONDA VESICAL	<input checked="" type="checkbox"/>	SONDA DE SUÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	SONDA TORACICO	<input checked="" type="checkbox"/>	SONDA TORACICO	<input type="checkbox"/>	SONDA DE DRENAGEM
ha		ml	hs	ml	hs	ml	hs	ml	hs	ml
ha		ml	hs	ml	hs	ml	hs	ml	hs	ml
OÇÃO DE ENFERMAGEM: <u>Paciente admitido na SRPA em POC de emergência de pele, segue evolução sendente, em ambiente</u>										
ESCRITÓRIO MÉDICO					ALTA SRPA <u>Althele = 10</u> <u>Sem sequelas</u>					
					HORÁRIO <u>13:00</u> ANESTESIOLOGISTA <u>Han 28/11</u>					
CAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ] <u>Retorno</u>										
XTO: [ ] [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] ORT [ ] NEU [ ] CIR [ ]										



*Convolvulus prostratus* V. persicus  
AA. 06. 19

PRESCRIÇÃO  
MÉDICA



**Fundação Municipal de Saúde**



## RELATÓRIO DE ALTA DA SALA AMARELA

NOME : DOMINGOS ANTÔNIO DE SOUSA

PRONTUÁRIO: 472096

DN:09/10/1960

Teresina, 25 de ABRIL de 2018

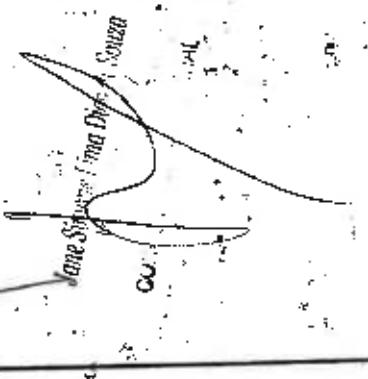
### DIAGNÓSTICO: QUEIMADURA DE 2º GRAU EM TONCO, MSD, MID E MIE POR EXPLOSÃO DE MOTOCICLETA SCQ 30%

Paciente vítima de colisão moto x animal (vacça) seguido de queimadura por chama, com capacete no dia 29/03/2018. Ao exame de admissão: vias aéreas péticias, MV fisiológico, sO2 98%, pulso cheio, RR em 2T com BNF, ECG 15, motricidade e sensibilidade preservadas sem sinais de alarme, abdome inocente pelve estável, múltiplas lesões em mmti, msd e flanco, dor à mobilização de punho direito, Avaliado pela ortopedia, sendo liberado. Avaliado pela cirurgia plástica, sendo diagnosticado com queimadura de 2º grau superficial e profunda disseminadas pelo corpo em MIE (18%), MID (10%), tronco e MSD (2%). tendo como conduta internação em UTQ. Ficou internado em UTQ do dia 29/03/2018 ao dia 21/04/2018, em que apresento choque séptico de origem cutânea, sendo encaminhado para estabilização, foi estabilizado e conduzido para sala amarela. Fez uso de Antibioticoterapia (12 dias de Ciprofloxacina ev, 3 dias de Vancomicina ev e 1 dia de Meropenem EV).

Evolui em BEG, consciente, orientado, ECG: 15, eupneico, hidratado, normocorado, icterico ++/4+, respirando espontaneamente, em uso de drogas vasoativa (desmame), sem sedoanalgésia. Ausculta cardíaca: RR, 2T, BNF e sem sopros. Normocárdico e normotensão. Ausculta pulmonar com MV simétricos e presente sem ruídos adventícios. Abdome glogoso, depressível, sem sinais de irritação peritoneal e RHA presentes. Extremidades normoperfundidas, sem sinais de trombose venosa. Com curativos em MID e MIE.

Paciente em condição de Alta da Sala Amarela.

João de Jesus Contilho Jr.  
MÉDICO - INTENSIVISTA  
CRM-PI 4744 / CRM-MG 895





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Octavio Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)

Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000

Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211115

Requisição: 825298 Solicitação: 29/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1021332 Convênio: SUS UTQ - P10 ENFERMARIA 228 LÉITO 213

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 29/03/2018

### COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisárias sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 07/04/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 281.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Eliane Rodrigues Mendes  
CRM-PI 2710  
CONSELHO  
NACIONAL  
DE  
MEDICINA



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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)

Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000

Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211115

Requisição: 826298 Solicitação: 29/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1021333 Convênio: SUS UTQ - P10 ENFERMARIA 228 LEITO 213

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 29/03/2018

### BACIA PA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA.  
 Os seguintes aspectos observados:

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

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 07/04/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Eliane Rodrigues Mendes



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Oneto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5443  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA (Prontuário: 472096)**

Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000

Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211115

Requisição: 825298 Solicitação: 29/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1021334 Convênio: S U S UTQ - P10 ENFERMARIA 228 LEITO 213

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 29/03/2018

### TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado nas incidências em PA/PERFIL.  
 Os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 07/04/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Eliane Rodrigues Mendes  
 CRM-PI 2710  
 Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1920 - Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.517/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)

Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000

Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211344

Requisição: 826904 Solicitação: 04/04/2018 Solicitante: DENYBERG DE OLIVEIRA SANTIAGO

Controle: 1023169 Convênio: SUS CLINICA CIRURGICA - POS ISOLAMENTO 09 LEITO 198

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205010040

Data Exame: 04/04/2018

### US C/DOPPLER VENOSO DE MID

Exame sonográfico realizado com transdutor de 10,0MHz, de foco dinâmico.

#### ECOCOLOR DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

- Veias femoral comum, femoral profunda e superficial com fluxo contínuo e fásico com a respiração, pérveas e compressíveis.
- Veias poplítea, fibulares, soleares, gastrocnêmicas; e tibiais périvas com fluxo contínuo, pérveas e compressíveis.
- Junção safeno-femoral e safeno-poplítea.périvas.
- Veias safena magna, safena parva, pérveas e compressíveis.
- CATETER em veia femoral comum esquerda.

#### CONCLUSÃO:

- SISTEMA VENOSO PROFUNDO PÉRVIO.
- SISTEMA VENOSO SUPERFICIAL PÉRVIO.

(ASSIS MOURA)

TERESINA - PI 04/04/2018

**FRANCISCO DE ASSIS MOURA OLIVEIRA**

CPF: 397.674.203-87 CRM 1879  
 Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1823 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA PI CEP: 64310-770 CNPJ: 05.527.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: **472096**)

Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64600-000

Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211344

Requisição: 827021 Solicitação: 04/04/2018 Solicitante: DENYBERG DE OLIVEIRA SANTIAGO

Controle: 1023293 Convênio: S U S CLINICA CIRURGICA - P09 ISOLAMENTO 09 LEITO 189

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205010040

Data Exame: 04/04/2018

#### US C/DOPPLER ARTERIAL DE MID

Exames sonográfico realizado com transdutor de 7,5 MHz, de foco dinâmico.

#### ECOCOLOR DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- Artérias femoral comum, femoral superficial, poplítea e tibias posteriores ao nível do tornozelo, com bom fluxo no estudo com Doppler colorido e pulsátil, sem placas ateromatosas importantes, apresentando curvas de velocidade com morfologia normal, trifásica.
- As velocidades de pico sistólico máximo obtidas foram normais.

#### CONCLUSÃO:

- Exame dentro da normalidade.

(ASSIS MOURA)

TERESINA - PI 04/04/2018

**FRANCISCO DE ASSIS MOURA OLIVEIRA**

CPF: 397.574.203-87 CRM 1879

Profissional Responsável



## RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

<b>Nome:</b> DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA				
<b>End. Resid.:</b> NOVA FAZENDA - ZONA RURAL				
<b>Cidade:</b> OEIRAS - PI				<b>CEP:</b> 64500-000
<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nascimento:</b> 09/10/1960	<b>Idade:</b> 57a8m2d	<b>Estado Civil:</b> Casado(a)	<b>Profissão:</b> LAVRADOR
<b>Admissão:</b> 29/03/2018	<b>G.Instrução:</b> Não informado	<b>Fone:</b> 89-99458-4073	<b>Cartão SUS (CNS):</b> 706800261681623	<b>Procedência:</b> OEIRAS
<b>Pai:</b> GUILHERME ANTONIO DE SOUSA			<b>Mãe:</b> ROSA PEREIRA DE SOUSA	
<b>Responsável:</b> SIMIAC CARVALHO DE SOUSA				
<b>End. Responsável:</b> NOVA FAZENDA - ZONA RURAL OEIRAS - PI <b>CEP:</b> 64500-000				
<b>Documento:</b> RG: 3647974 - SSP PI				
<b>Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

### INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 11/06/2018	Hora: 13:31	Data: 18 / 06 / 18	Hora: 11:40	CENTRO CIRURGICO

#### Diagnóstico de Admissão:

Procedimento: 0401020029 - EXERTO DERMO-EPIDÉRMICO

CID 10: I988 . - Outras afecções especificadas da pele e do tecido subcutâneo

#### Diagnóstico de Alta:

Procedimento: Exerto Derm-epidérmico

CID 10:

#### Tratamento Realizado:

Exsérto de pele em membro inferior

#### Exames Realizados:

Laboratório / Radiografia

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

18 / 06 / 18

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Dr. Ednício de O. Viana  
Cirurgião Plástico  
CRM-PI 03

Carimbo/Ass. Médico Responsável

**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**  
**TOTONHO FREITAS,**  
**OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000**  
**CNPJ: 06553564001371**  
**(89) 3462-1213 - ( ) -**

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**  
**Atendimento: P022600 Registro: 13701**  
**Data: 28/03/2018 Hora: 18:47:00**  
**Funcionário: MARIAJ Tipo: CONSULTA**  
**Sexo: MASCULINO SUS**

Senha 113

**DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**

Nasc.: 09/10/1950 Idade: 57 ANOS, 8 MESES, 12 DIAS Profissão:  
End.: LOCALIDADE NOVA FAZENDA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: OEIRAS/PI  
Cor: SEM Telefone: ( ) Mae: ROSA PEREIRA DE SOUSA Pai: GUILHERME ANTONIO DE SOUSA

Clinica: CLINICA MUSICA Documento: 6111 - MARCIA GRABRIELLE DIAS SOUSA

Responsável: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA - O MESMO Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0  
Glicemia: 0 Frequencia: 0,00 Saturação: 0

**Procedimentos**

28/03/2018 18:47 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

28/03/2018 19:17 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não

**ANOTACÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO DO TIPOCOLISÃO (MOTO X ANIMAL), APRESENTANDO QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU EM EXPLORAÇÃO ANTERIOR E POSTERIOR DE MSD E MID. ACQ > 20% SEGUNDO O FILHO APÓS A COLISÃO A MOTO FICOU EM CHAMAS. PACIENTE FOI CONDUZIDO POR POPULARES E APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E REFERINDO DOR INTENSA. SABIDAMENTE HIPERTENSO. CONDUZIDO PARA SALA AMARELA.

**ASSINATURA DO PROFISSIONAL**

28/03/2018 19:17:25

492512-NATANHIA FERREIRA DA PAIXÃO LOPES

**DADOS CLÍNICOS**

Senha 113

SUS

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X ANIMAL), APRESENTANDO QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU EM EXPLORAÇÃO ANTERIOR E POSTERIOR DE MSD E MID. ACQ > 20% SEGUNDO O FILHO APÓS A COLISÃO A MOTO FICOU EM CHAMAS.

**DIAGNÓSTICO**

QUEIJADURA

**EXAMES COMPLEMENTARES**

CID  
**PJ CORRETORA DE SEGUROS**  
19 JUL 2018

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

SORO RINGER LACTATO 500 ML

4BS ENDOVEN ABERTO

CEFALOTIMA 1G FRA - INJETAVEL

2CX ENDOVEN

**DADOS CLÍNICOS**

MORFINA 10MG/ML 5ML INJ.

1AMP ENDOVEN 2,5ML EV ACM DILUIR EM 5ML DE

... GRAU EM EXTENSÃO ANTERIOR E POSTERIOR DE MSD E MID. ACQ &gt; 20%

TRAMADOL, CLOZIDUMATO 100MG/ML 10ML A 50% A 50% (TRAMAL)

1AMP ENDOVEN 1AMP DILUIR EM SP0,9%

CAPTOPRIL 25 MG

1COM ORAL

AFERIR PR APÓS 1 HORA

**DPVAT****CONDUTA MÉDICA**

ESTABILIZAÇÃO

Data: 25/06/2018 Hora: 10:41:01

CID

em 30/06/2018

CPF: 052.146.403-07  
Coord. Administração UPA



**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**  
**TUTONHO FREITAS,**  
**OFICAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000**  
**CNPJ: 06553564001311**  
**(89) 3462-1213 - (89)**

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**  
**Atendimento: PCII600** **Registro: 13701**  
**Data: 28/03/2018** **Hora: 18:47:00**  
**Funcionário: MARIAJ** **Tipo: CONSULTA**  
**Sexo: MASCULINO**  
**Senha 113** **SUS**

**DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**

CPF: 121.249.232-04 - RG: 3.647.974 - CARTAO DO SUS

Idade: 50 ANOS, 5 MESES, 0 DIAS Profissão: **Civil:** CEP: 64500-000  
**RESIDENCIAL, S -** **Saíta: ZONA RURAL** **Cidade: OEIRAS/PI**  
**TELEFONE: 0** **Mãe: ROSA PIREIRA DE SOUSA** **Pai: GUILHERME ANTONIO DE SOUSA**

**CLINICA MEDICA Documento: 4011 - MARCIA GRASIELLE DIAS SOUSA** **SUS: 706800281681623**

**DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA - O MESMO** **Temp.: 0°C** **Peso: 0Kg** **P.A.: 0**  
**ID - 2051 90531**  
**00 - 177151803**

### Procedimentos

*HUT-Cri*

16:47 030106118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

19:17 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não

### NOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ACIDENTE MOTOCICLISTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X ANIMAL), APRESENTANDO QUEIMADURAS DE 2º GRAU EM EXTENSÃO ANTERIOR E POSTERIOR DE MSD E MID. ACQ > 20%.

### ASSINATURA DO PROFISSIONAL

28/03/2018 19:17:25

492512-NATANHIA FERREIRA DA PAIXÃO LOPES

### SÍMOS CLÍNICOS

ACIDENTE MOTOCICLISTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X ANIMAL), APRESENTANDO QUEIMADURAS DE 2º GRAU EM EXTENSÃO ANTERIOR E POSTERIOR DE MSD E MID. ACQ > 20%.

PILHO APÓS A COLISÃO A MOTO FICOU EM CHAMAS.

### DIAGNÓSTICO

CID

9999

### EXAMES COMPLEMENTARES

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

19 JUL 2018

**DPVAT**

### CLASSIFICAÇÃO MÉDICA

MAXIMO 500 ML	450	ENDOVEN ROBERTO OSA (EV)	19:	19:
O FRA - INJETAVEL	200	ENDOVEN OSA (EV)	19:	19:
0.1ML SOL. INJ.	1.000	ENDOVEN 0.5ML SY ACM DILUIR EM 9ML DE AD OSA (EV)	19:	19:
0.1ML CLORIDRATO 100 MG/ML	1.000	ENDOVEN OSA (EV)	19:	19:
0.1ML 100 MG	1.000	OSAL AFERTZ PA APÓS 1 HORA	19:	19:

### CONDUTA MÉDICA

Data: 28/03/2018 Hora: 19:24:23

*DR. JOSÉ VIEIRA  
MÉDICO*

## **FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

Da Unidade: 000 - GERAL  
Para: AVT

<b>Nome da Pessoa Encaminhada:</b> Dr.º António José de Almeida	<b>Registro</b>
--	-----------------

Motivo do Encaminhamento:  
Circular número (01) acima mencionado.  
Muito obrigado! Até 2021. Sd.

**Observações:**

28/01/18 Data

**Responsável pelo Encaminhamento**

DBS: Deve ser Arquivada no Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional

## FICHA RETORNO

**Da Unidade:** \_\_\_\_\_

**Nome do Cliente**

**Registro Original**

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

19 Mai 2018

DPVAT

Figure 1. The relationship between the number of days of hospitalization and the number of days of hospitalization for all patients.

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida  
ao local da origem através do próprio

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

Leito:

**CORRETORA DE SEGUROS**

9 JUN 2010

**DPRVAT**

Data: 28/03/148  
DN: 041101960

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

Leito:

**CORRETORA DE SEGUROS**

9 JUN 2010

**DPRVAT**

Data: 28/03/148  
DN: 041101960

**CORRETORA DE SEGUROS**

9 JUN 2010

**DPRVAT**

Data: 28/03/148  
DN: 041101960

Paciente: Homem, Antonio de Souza

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

21/03 - Reabridor sintomas com a cen-  
tal. di desidratação de leito. O mês  
foi costela dura part HQ - desidra-  
tiva TD - 203,1 nut - 17,7 151,803 kg  
dando franqueira

entremos  
corrida dist

21/03 - Malandro sintomas cum SBM de  
luso - pt para franqueira de pra-  
int. homem de praca

Lionel Thiago Silva Torres  
Enfermeiro

GEREN-PI: 267102

22/03 - Homem recomendado passar HQ em  
luso - pt no lame de luso com ex-  
td - 203,1 nut - 17,7 151,803 kg

Enfermeira  
Lionel Thiago Torres

Corren-PI: 267102

Aflor:



NOME DO PACIENTE: Domingos Antônio de Sousa  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 472096

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



## HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Olinto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ortopedia OT

Cir. Plástica

SUS SUS

Data: 29/03/2018 01:39:02

Paciente: RAJONILDA SANTOS

(Estado): PIAUÍ

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

<u>Name:</u> DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA	<u>Frontuário:</u> 472096
<u>Mãe:</u> ROSA PEREIRA DE SOUSA	<u>Pai:</u> GUILHERME ANTONIO DE SOUSA
<u>End. Resid.:</u> NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI - CEP: 64500-000	
<u>Nascimento:</u> 09/10/1960	<u>Idade:</u> 57a:5m:20d
<u>Responsável:</u> SIMIAO CARVALHO DE SOUSA	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Profissão:</u> LAVRADOR	<u>Fone:</u> 89-99458-4073
<u>G. Instrução:</u> Não informado	<u>CMS:</u> 706800281681623
<u>End. Local.:</u> - - -	<u>CPF:</u> * RG: 3667974 - SSP PI
	<u>E.Civil:</u> Casado(a)

## DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 657493	<u>Data:</u> 29/03/2018 01:39:02	<u>Condução:</u> AMBULANCIA DO RANII
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S
<u>Id. Trab.:</u> Não	<u>Trajeto?:</u> Não	<u>Típico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u> V299

## DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de colisão moto x animal (vaca) seguido de queimadura por chama, com capacete A: vias aéreas pétinas; B: MV fisiológico,  $S_{O_2} = 98\%$ ; C: pulso cheio, AC RR 21, BNF. D: ECG 15, matrículade e sensibilidade preservadas, sem sinais de alarme; E: abdome macerto, pulso estável, múltiplas lesões em unhas, MSD e flanco, dor à mobilização do punho direito.

<u>PA:</u> 120 X 80 mmHg	<u>P脉:</u> 69 bpm	<u>EC:</u> _____ bpm	<u>Temp.:</u> _____
<u>Diagnóstico Inicial:</u> _____			

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame rgi - x de coluna cervical, tórax e pulmões, punho direito.  
 Avaliação da ortopedia e cirurgia plástica.  
 1. Nutrição: OI sempre SFO, 9% lipídios, EV. AGORA 3000  
 2-R. Lactata - 5000 ml, TV, retole.

<u>ALTA:</u>	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Original
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
		<u>DATA SAÍDA:</u> / /	<u>HORA:</u> : :
		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade	
		<u>Proced. Solicitado:</u> _____	
		<u>0413010015</u>	
		<u>CID Compatível:</u> _____	<u>DATA:</u> 25/03/18
			<u>Prof. Solicitante:</u> _____
			<u>Técnico:</u> _____
			<u>Internaçao:</u> _____

Jámes Ribeiro  
 Cirurgião Plástico  
 CRM-PI 13939

X Simião Carvalho de Souza  
 Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**





FMS

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

**Fundação Municipal de Saúde**

Fis. N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11/06/2018

NOME DO PACIENTE: Domingos G. de Souza PRONTUÁRIO N°: 419096

**DIAGNÓSTICO:**

CIRURGIA

ANESTESIA: Raque

Nº DA SALA: 0

CIRURGIÃO:

CPF Nº:

AUXILIAR: \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_

CPF Nº:

ANESTÉSICA = Diaz

CPF N°:

### **INSTRUMENTADORA:**

CPF N°:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7-0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7-5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N° 80	UNID.	01		<i>Ele todos</i>	unid	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Crepom</i>	unid	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>Escova</i>	unid	04	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<i>Neomicina pomada tubo</i>	unid	06	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON N° 5-0	unid						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>(Branda)</i>			
PROLENE				<i>Cotan = 145412 AF</i>			



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente Domingos Antônio de Sousa  
Diagnóstico pré-operatório Quemadura no membro inferior direito  
Operação - Tipo Enxerto de pele

Chirurgião Vanessa 1º Assistente 11  
2º Assistente 11 3º Assistente 11  
Instrumentador(a) Socorro Oliveira Anestesiista Dra Anestesista Raque  
Anestésico(s)

Data da Operação 0m 11-06-2018 Início \_\_\_\_\_ Fim \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Pós-operatório Quemadura no membro inferior direito

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Dranagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico
- ② -antisepsia + colocação de campo
- ③ Retirada de enxerto de pele da coxa esquerda
- ④ Fixação de enxerto na área receptora
- ⑤ Curativo em área doadora
- ⑥ Curativo em área receptora

*Assinatura*

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Domingos Antônio de Souza</u>		IDADE _____ anos	DATA <u>11 / 06 /2018</u>		
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>13 hs 00 min</u>		TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO			
CIRURGIA REALIZADA <u>Exerto de pele</u>		CIRURGIAO _____			
SINAIS VITAIS	HORÁRIO				
	ADMISSÃO		SAÍDA		
	PRESSAO ARTERIAL (mmHg) <u>98/62</u>			<u>125/73</u>	
	FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm) <u>87</u>			<u>85</u>	
	SATURAÇÃO DE O2 (%) <u>100%</u>			<u>100%</u>	
	TEMPERATURA AXILAR (°C) _____			_____	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (pm) _____			_____		
NOME/ MATRÍCULA <u>Alinne</u>			<u>Alinne</u>		
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK					
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Movimenta dois membros	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Tem apneia	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
RESPIRAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	
	Desperga, se solicitado	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Não responde	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
	ESCALA DE DOR ADMISSÃO				
	ESCALA DE DOR ALTA				
	TOTAL	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>10</u>	
ASS.	<u>Alus</u>	<u>Alus</u>	<u>Alus</u>		
SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> DREN. DE SUÇÃO	<input type="checkbox"/> DREN. TORACICO	<input type="checkbox"/> DVE	<input type="checkbox"/> COLOSTOMIA	SONDA <input type="checkbox"/> NASOG. <input type="checkbox"/> NASOE
ha	ml	hs	ml	hs	ml
ha	ml	hs	ml	hs	ml
OÇÃO DE ENFERMAGEM: <u>Paciente admitido na SRPA em POC de emergência de pele, segue evolução sendente, em ambiente</u>					
ESCRITÓRIO MÉDICO				ALTA SRPA <u>Alus = 10</u> <u>Sem sequelas</u>	
				HORÁRIO <u>13:00</u> ANESTESIOLOGISTA <u>Han 28/11</u>	
CAMINHAMENTO <input type="checkbox"/> EXTERNO <input type="checkbox"/> SALA DE GESSO <input type="checkbox"/> IMAGENS E GRÁFICOS <input type="checkbox"/>					
XTO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA PED. UTI: <input type="checkbox"/> PED <input type="checkbox"/> NEURO <input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> QUIM. CLÍNICA: <input type="checkbox"/> PED <input type="checkbox"/> ORT <input type="checkbox"/> NEU <input type="checkbox"/> CIR <input type="checkbox"/>					



*Convolvulus prostratus* V. persicus  
AA. 06. 19

PRESCRIÇÃO  
MÉDICA



**Fundação Municipal de Saúde**

NOME DO PACIENTE	DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	# Q: DIA POU QUANTIDADE	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF ou APT.	LEITO
Dominique Antônio dos Santos	# Q: DIA POU QUANTIDADE	DATA: 11 / 06 / 18 HORA: 07:35	HORÁRIO	MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE	UTQ	O 9
Antônio dos Santos	PREScrição MÉDICA			OBSERVACôES		
paciente comenteu, ontem dia, dificuldade para dormir, sem queixas. ACR = MIO + SI RA, RCR. 2T, 55. Abdomen: Fizos + SI/Human Penitente. Fimose e urinárgico presente, sem punzicão mit com eritema				14:10 hs - Paciente encaminhado as c.c para exames de urina. Segue em BEG, sem queixas. Critérios para internação:		
① Dieta zero						
② Onipraxe 40 mg, 01 cp, VO, sem efeitos						
③ Dipirona 500mg/mg - 40 gotas, VO, 6/6 h						
se dor el/ou torno > 37,8°C						
④ Vitamina C 1 gr - 01 cp, VO, 24/24 h (com paciente)						
⑤ Bromopropidaz 10mg/lame - 10gr/dia + AD						
EV, 12/12h, 5/05						
⑥ curativo com dermaeum em todos os lados						
⑦ curativo, suje, capsoque 25 mg - 01 cp						
VO de man > 160 el/ou PAD > 140 mmHg						
⑧ UBR com 5mls 5FO, 9% + Berotac 5g gotas +						



## RELATÓRIO DE ALTA DA SALA AMARELA

NOME : DOMINGOS ANTÔNIO DE SOUSA

PRONTUÁRIO: 472096

DN:09/10/1960

Teresina, 25 de ABRIL de 2018

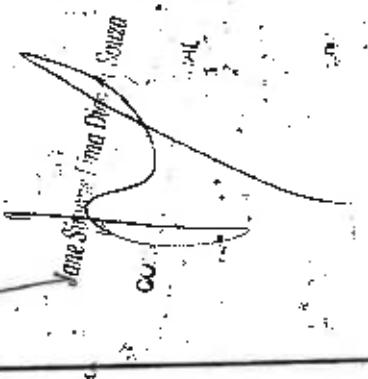
### DIAGNÓSTICO: QUEIMADURA DE 2º GRAU EM TONCO, MSD, MID E MIE POR EXPLOSÃO DE MOTOCICLETA SCQ 30%

Paciente vítima de colisão moto x animal (vacça) seguido de queimadura por chama, com capacete no dia 29/03/2018. Ao exame de admissão: vias aéreas péticias, MV fisiológico, sO2 98%, pulso cheio, RR em 2T com BNF, ECG 15, motricidade e sensibilidade preservadas sem sinais de alarme, abdome inocente pelve estável, múltiplas lesões em mmti, msd e flanco, dor à mobilização de punho direito, Avaliado pela ortopedia, sendo liberado. Avaliado pela cirurgia plástica, sendo diagnosticado com queimadura de 2º grau superficial e profunda disseminadas pelo corpo em MIE (18%), MID (10%), tronco e MSD (2%). tendo como conduta internação em UTQ. Ficou internado em UTQ do dia 29/03/2018 ao dia 21/04/2018, em que apresento choque séptico de origem cutânea, sendo encaminhado para estabilização, foi estabilizado e conduzido para sala amarela. Fez uso de Antibioticoterapia (12 dias de Ciprofloxacina ev, 3 dias de Vancomicina ev e 1 dia de Meropenem EV).

Evolui em BEG, consciente, orientado, ECG: 15, eupneico, hidratado, normocorado, icterico ++/4+, respirando espontaneamente, em uso de drogas vasoativa (desmame), sem sedoanalgésia. Ausculta cardíaca: RR, 2T, BNF e sem sopros. Normocárdico e normotensão. Ausculta pulmonar com MV simétricos e presente sem ruídos adventícios. Abdome glogoso, depressível, sem sinais de irritação peritoneal e RHA presentes. Extremidades normoperfundidas, sem sinais de trombose venosa. Com curativos em MID e MIE.

Paciente em condição de Alta da Sala Amarela.

João de Jesus Contilho Jr.  
MÉDICO - INTENSIVISTA  
CRM-PI 4744 / CRM-MG 895





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Octavio Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)

Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000

Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211115

Requisição: 825298 Solicitação: 29/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1021332 Convênio: SUS UTQ - P10 ENFERMARIA 228 LÉITO 213

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 29/03/2018

### COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisárias sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 07/04/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 281.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Eliane Rodrigues Mendes  
CRM-PI 2710  
CONSELHO  
NACIONAL  
DE  
MEDICINA



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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)

Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000

Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211115

Requisição: 826298 Solicitação: 29/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1021333 Convênio: SUS UTQ - P10 ENFERMARIA 228 LEITO 213

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 29/03/2018

#### BACIA PA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA.  
 Os seguintes aspectos observados:

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

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 07/04/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Eliane Rodrigues Mendes



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Oneto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5443  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA (Prontuário: 472096)**

Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000

Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211115

Requisição: 825298 Solicitação: 29/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1021334 Convênio: S U S UTQ - P10 ENFERMARIA 228 LEITO 213

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 29/03/2018

### TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado nas incidências em PA/PERFIL.  
 Os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 07/04/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Eliane Rodrigues Mendes  
 CRM-PI 2710  
 Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1920 - Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.517/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)

Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000

Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211344

Requisição: 826904 Solicitação: 04/04/2018 Solicitante: DENYBERG DE OLIVEIRA SANTIAGO

Controle: 1023169 Convênio: SUS CLINICA CIRURGICA - POS ISOLAMENTO 09 LEITO 198

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205010040

Data Exame: 04/04/2018

### US C/DOPPLER VENOSO DE MID

Exame sonográfico realizado com transdutor de 10,0MHz, de foco dinâmico.

#### ECOCOLOR DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

- Veias femoral comum, femoral profunda e superficial com fluxo contínuo e fásico com a respiração, pérveas e compressíveis.
- Veias poplítea, fibulares, soleares, gastrocnêmicas; e tibiais périvas com fluxo contínuo, pérveas e compressíveis.
- Junção safeno-femoral e safeno-poplítea.périvas.
- Veias safena magna, safena parva, pérveas e compressíveis.
- CATETER em veia femoral comum esquerda.

#### CONCLUSÃO:

- SISTEMA VENOSO PROFUNDO PÉRVIO.
- SISTEMA VENOSO SUPERFICIAL PÉRVIO.

(ASSIS MOURA)

TERESINA - PI 04/04/2018

**FRANCISCO DE ASSIS MOURA OLIVEIRA**

CPF: 397.674.203-87 CRM 1879  
 Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1823 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA PI CEP: 64310-770 CNPJ: 05.527.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: **472096**)

Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64600-000

Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211344

Requisição: 827021 Solicitação: 04/04/2018 Solicitante: DENYBERG DE OLIVEIRA SANTIAGO

Controle: 1023293 Convênio: S U S CLINICA CIRURGICA - P09 ISOLAMENTO 09 LEITO 189

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205010040

Data Exame: 04/04/2018

#### US C/DOPPLER ARTERIAL DE MID

Exames sonográfico realizado com transdutor de 7,5 MHz, de foco dinâmico.

#### ECOCOLOR DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- Artérias femoral comum, femoral superficial, poplítea e tibias posteriores ao nível do tornozelo, com bom fluxo no estudo com Doppler colorido e pulsátil, sem placas ateromatosas importantes, apresentando curvas de velocidade com morfologia normal, trifásica.
- As velocidades de pico sistólico máximo obtidas foram normais.

#### CONCLUSÃO:

- Exame dentro da normalidade.

(ASSIS MOURA)

TERESINA - PI 04/04/2018

**FRANCISCO DE ASSIS MOURA OLIVEIRA**

CPF: 397.574.203-87 CRM 1879

Profissional Responsável



## RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

<b>Nome:</b> DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA				
<b>End. Resid.:</b> NOVA FAZENDA - ZONA RURAL				
<b>Cidade:</b> OEIRAS - PI				<b>CEP:</b> 64500-000
<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nascimento:</b> 09/10/1960	<b>Idade:</b> 57a8m2d	<b>Estado Civil:</b> Casado(a)	<b>Profissão:</b> LAVRADOR
<b>Admissão:</b> 29/03/2018	<b>G.Instrução:</b> Não informado	<b>Fone:</b> 89-99458-4073	<b>Cartão SUS (CNS):</b> 706800261681623	<b>Procedência:</b> OEIRAS
<b>Pai:</b> GUILHERME ANTONIO DE SOUSA			<b>Mãe:</b> ROSA PEREIRA DE SOUSA	
<b>Responsável:</b> SIMIAC CARVALHO DE SOUSA				
<b>End. Responsável:</b> NOVA FAZENDA - ZONA RURAL OEIRAS - PI <b>CEP:</b> 64500-000				
<b>Documento:</b> RG: 3647974 - SSP PI				
<b>Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

### INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 11/06/2018	Hora: 13:31	Data: 18 / 06 / 18	Hora: 11:40	CENTRO CIRURGICO

#### Diagnóstico de Admissão:

Procedimento: 0401020029 - EXERTO DERMO-EPIDÉRMICO

CID 10: I988 . - Outras afecções especificadas da pele e do tecido subcutâneo

#### Diagnóstico de Alta:

Procedimento: Exerto Derm-epidérmico

CID 10:

#### Tratamento Realizado:

Exsérto de pele em membro inferior

#### Exames Realizados:

Laboratório / Radiografia

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

18 / 06 / 18

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Dr. Ednício de O. Viana  
Cirurgião Plástico  
CRM-PI 03

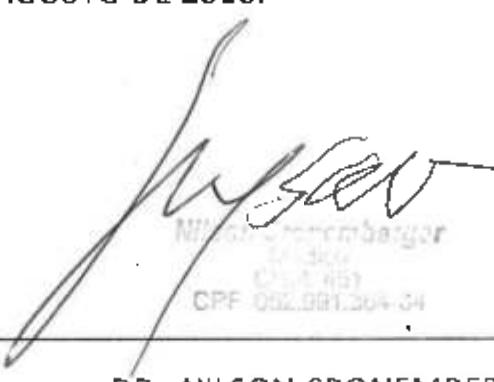
Carimbo/Ass. Médico Responsável

## RELATORIO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE, O PACIENTE, DOMINGOS ANTÔNIO DE SOUSA, CPF-121.749.202-04, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 28/03/2018, APRESENTANDO, QUEIMADURA DE 2º GRAU NO (M.I.D) E (M.I.E). FEITO ANALGESSICO, ANTIFLAMATÓRIO, INTERNAÇÃO, CIRURGIA PARA EXERTO NO (M.I.E), EXAMES e FISIOTERAPIA.

FOI EXAMINADO POR MIM E CONSTATADO PERDA FUNCIONAL DE 70% NO MEMBRO AFETADO (M.I.D) e 40% NA PERNA ESQUERDA, SEQUELADO.

OEIRAS, 20 DE AGOSTO DE 2018.



DR : NILSON CRONEMBERGER

nilson.cronemberger  
092.981.304-04  
CPF 092.981.304-04

FJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
18 SET 2018  
DPVAT



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.647.974	DATA DE EXPEDIÇÃO	03/10/11
NOME			
DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA			
FILIAÇÃO			
ROSA PEREIRA DE SOUSA			
GUILHERME ANTONIO DE SOUSA			
NATURALIDADE			
OEIRAS - PI		DATA DE NASCIMENTO	
DOC. ORIGEM		09/10/1960	
CERT.CASAM. 927 L 2-B F 15			
EXP OEIRAS-PI 12/09/08			
TERESINA - PI			
121.749.202-04 ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.118 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 59.280/83			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

P  
I

RANGER MARTINS SILVA

DOC. EXTERNA/CART. PLACAR/PLA  
3164096 SUP PI

CPF: 046.400.283-42 DATA NASCIMENTO:  
19/10/1990

PLACAR:  
JOSE DE RIBAMAR  
SANTOS SILVA  
EDILEUSA MARLINHO  
MARTINS SILVA

PERÍODO: 01/01/2018 - 31/12/2018  
VALOR: R\$ 100,00  
CAT. AB

Nº REGISTRO:

05841045485

VALIDADE:  
02/01/2023

PRATICAVEL:  
31/07/2013

OBSERVAÇÕES:

A

Ranger Martins Silva

SINCRONIZADA

LOCAL:

ONIRAS, PI

DATA DE EMISSÃO:

11/01/2018

16180954844

PT320108570

PIAUÍ

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.647.974	DATA DE EXPEDIÇÃO	03/10/11
NOME			
DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA			
FILIAÇÃO			
ROSA PEREIRA DE SOUSA			
GUILHERME, ANTONIO DE SOUSA			
NATURALIDADE			
OEIRAS - PI		DATA DE NASCIMENTO	
DOC. ORIGEM		09/10/1960	
CERT.CASAM. 927 L 2-B F 15			
EXP OEIRAS-PI 12/09/08			
TERESINA - PI			
121.749.202-04 ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.118 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 59.280/83			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS,  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

P  
J

RANGER MARTINS SILVA

DOC. NACIONAL DE HABILITAÇÃO  
3184096 SUP. PIAUÍ

CP  
042400-281-4 13/10/1990

PRIMEIRO

JOSE DE RIBAMAR  
SANTOS SILVA  
EDILENEUSA MARINHO  
MARTINS SILVA

PERMISSÃO

CARTA  
AB

Nº DE GESTO  
05841045485

VALIDADE  
02/01/2023

HABILITADA  
31/07/2013

OBSEVAÇÕES

A

CNH

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS COTAS

Nº 0132227574054 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA: 1 DATA: 01/04/2018 NOME: ELDEBRONTE, ALICE

CPF: 030.304.127-32

ENDERECO: RUA: 0100, 00065-0239, SANTOS, SP, 14401-0239

PLACA: 02372790301

TIPO: PLACA ANTIFURTO: 02405

VEÍCULO: HONDA/NXR 150 CRUZ EG

CAP: POT / OIL

DATA ÚNICA: 02E/0149CC

FAVA: FAVA DPVAT

PERÍODO: 01/04/2018

VALOR: 1000,00

VALOR PAGAMENTO: 1000,00

VALOR RESTRIÇÃO: 100,00

VALOR OBSERVAÇÃO: 100,00

VALOR LOCAL: 100,00

VALOR DATA: 06/04/2018

VALOR PREMIO: 000,00

VALOR PAGAMENTO: 000,00

VALOR COTA UNICA: 000,00

VALOR TOTAL: 1000,00

VALOR DE PAGAMENTO: 1000,00

SEGURADO: AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS, OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 0132227574054 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoraonline.com.br](http://www.seguradoraonline.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 06/04/2018

PLACA: NIN-5032

CPF / CNPJ: 02372794361

NIT: 5032

MARCA / MODELO: HONDA / NX150 BRROS E.S.

ANO FAB.: 2011 ANO MODELO: 2011

ANO FAB.: 2011 ANO MODELO: 2011

VALOR: 1000,00

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CPHJ 06-248-000001-94

**DPVAT**

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

19 JUL 2018

A

# SEGURADORA LIDER

Eu, DOMINGOS ANTONIO DE SOUZA, CPF- 121.749.202-04  
DECLARO PARA OS DEVEDORES FINAIS E EM ESPECIAL À SEGURADORA  
LIDER, QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM  
28 - 03 - 2018, APRESENTANDO QUEIMADURAS DE 2º 6cm  
NO MEMBRO INFERIOR DIREITO e MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Afirmo, que NÃO concordo com a Equipe  
MÉDICA que analizou o meu processo, sou pobre  
e necessito muito dessa indemnização.

PEGO ENCARECIMENTENTE A ESTA SEGURADORA que  
MARQUE UMA PESSOA PARA QUE EU POSSA COMPROVAR MINHAS  
SEQUES.

RELATÓRIO MÉDICO EM ANEXO.

João Pessoa, 17 de AGOSTO de 2018.



\* Domingos Antônio de Souza

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180331779      **Cidade:** Oeiras      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA      **Data do acidente:** 28/03/2018      **Seguradora:** SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** QUEIMADURAS EM MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM:** 5234194-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417079      **Cidade:** Oeiras      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA      **Data do acidente:** 28/03/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** QUEIMADURAS EM MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO (ENXERTO DE PELE).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*\*\* APRESENTA RELATÓRIO MÉDICO, DR. NILSON CRONEBERGER, DATA 20/8/2018, PERDA FUNCIONAL DE 70% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E 40% DA Perna ESQUERDA.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417079      **Cidade:** Oeiras      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA      **Data do acidente:** 28/03/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** QUEIMADURAS EM MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO (ENXERTO DE PELE).

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECIMENTO DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180331779      **Cidade:** Oeiras      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA      **Data do acidente:** 28/03/2018      **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/07/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** A

**Resultados terapêuticos:** A

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180417079 Cidade: Oeiras Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA Data do acidente: 28/03/2018 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** QUEIMADURA DE 2º E DE 3º GRAU, COM 18% NO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM 10% NO ESQUERDO, E COM 2% NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** FEZ TRATAMENTO COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM 2 MESES E 22 DIAS, COM INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE QUEIMADOS DE 29/03/2018 AO DIA 21/04/2018, TEVE CHOQUE SÉPTICO DE ORIGEM CUTÂNEA, FEZ TRATAMENTO MEDICAMENTOSO COM USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA, COM ENXERTO DE PELE NA REGIÃO QUEIMADA, SENDO O SÍTIO DOADOR A COXA ESQUERDA, E REFERE QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.

APRESENTA NO MOMENTO CICATRIZES DE QUEIMADURA NA COXA DIREITA, REGIÃO ANTERIOR E POSTERIOR, NA Perna DIREITA REGIÃO ANTERIOR E POSTERIOR, NA COXA ESQUERDA REGIÃO POSTERIOR, E NA Perna ESQUERDA REGIÃO POSTERIOR, TODAS COM PLASTICA VICIOSA, E CICATRIZ NA COXA ESQUERDA, DE RETIRADA DE PELE PARA ENXERTO, CICATRIZES QUE PREJUDICAM OS MOVIMENTOS ARTICULARES DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** MAURO RICARDO RAMOS BILIBIO

**CRM do médico:** 4606

**UF do CRM do médico:** PI

## 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "ARMANDO S. ARAUJO", positioned above a small black dot.

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180417079 Cidade: Oeiras Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA Data do acidente: 28/03/2018 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** QUEIMADURA DE 2º E DE 3º GRAU, COM 18% NO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM 10% NO ESQUERDO, E COM 2% NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** FEZ TRATAMENTO COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM 2 MESES E 22 DIAS, COM INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE QUEIMADOS DE 29/03/2018 AO DIA 21/04/2018, TEVE CHOQUE SÉPTICO DE ORIGEM CUTÂNEA, FEZ TRATAMENTO MEDICAMENTOSO COM USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA, COM ENXERTO DE PELE NA REGIÃO QUEIMADA, SENDO O SÍTIO DOADOR A COXA ESQUERDA, E REFERE QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.

APRESENTA NO MOMENTO CICATRIZES DE QUEIMADURA NA COXA DIREITA, REGIÃO ANTERIOR E POSTERIOR, NA Perna DIREITA REGIÃO ANTERIOR E POSTERIOR, NA COXA ESQUERDA REGIÃO POSTERIOR, E NA Perna ESQUERDA REGIÃO POSTERIOR, TODAS COM PLASTICA VICIOSA, E CICATRIZ NA COXA ESQUERDA, DE RETIRADA DE PELE PARA ENXERTO, CICATRIZES QUE PREJUDICAM OS MOVIMENTOS ARTICULARES DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** MAURO RICARDO RAMOS BILIBIO

**CRM do médico:** 4606

**UF do CRM do médico:** PI

## 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: CASADO  
Identidade: RG 3.647.974 - SSP-PB  
CPF: 121.749.202-04  
Profissão: LADRADOR  
Endereço: LOCALIDADE - NOVA FAZENDA - ZONA RURAL  
CEP: 64.500-000  
Telefone: (84) 99156-5517

### OUTORGADO:

Nome: RAYNERE MARTINS SELVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: RG 3.164.096 - SSP-PB  
CPF: 046.400.283-42  
Profissão: ESTUDANTE  
Endereço: AV. DOM. EXPEDITO LOPES 241 - JUREMA  
CEP: 64.500-000 - BENTO - PB  
Telefone: (84) 98158-3583

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de Indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

vítima: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

3º Ofício

Demaré, 10 de Julho de 2018

Local e data

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

Assinatura do OUTORGANTE

por autenticidade/verdadeiro)

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: DOMINGOS  
ANTONIO DE SOUSA. DOU FE. EM TESTIMONIO DA  
VERDADE. DEIRAS-PB, 10/07/2018. Enol.: 33.71 Total: 74  
Selos: 0,26 Total: 4,71 Selos: ABG-11992 (F60P12)

VALDERLANE FERREIRA DOS SANTOS-ESCREVENTE



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: CASADO  
Identidade: RG 3.647.974 - SSP-PB  
CPF: 121.749.202-04  
Profissão: LADRADOR  
Endereço: LOCALIDADE - NOVA FAZENDA - ZONA RURAL  
CEP: 64.500-000  
Telefone: (84) 99156-5517

### OUTORGADO:

Nome: RAYNERE MARTINS SELVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: RG 3.164.096 - SSP-PB  
CPF: 046.400.283-42  
Profissão: ESTUDANTE  
Endereço: AV. DOM. EXPEDITO LOPES 241 - JUREMA  
CEP: 64.500-000 - BENTO - PB  
Telefone: (84) 98158-3583

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de Indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

vítima: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

3º Ofício

Demaré, 10 de Julho de 2018

Local e data

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

Cartório do Terceiro Ofício de Notas  
Tânia da Conceição de Deus Barbosa - (84) 36211813  
Raquel Oliveira, Tel. Celular: (84) 98158-3583  
Assinatura do Outorgante

Assinatura do OUTORGANTE

por autenticidade/verdadeiro)

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: DOMINGOS  
ANTONIO DE SOUSA. DOU FE. EM TESTIMONIO DA  
VERDADE. DEIRAS-PB, 10/07/2018. Enol.: 33.71 Total: 74  
Selos: 0,26 Total: 4,71 Selos: ABG-11992 (F60P12)  
VALDERLANE FERREIRA DOS SANTOS-ESCREVENTE



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0328432/18

**Vítima:** DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

**CPF:** 121.749.202-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/03/2018

**Titular do CPF:** DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### RANYERE MARTINS SILVA : 046.400.283-42

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA : 121.749.202-04

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2018  
Nome: RANYERE MARTINS SILVA  
CPF: 046.400.283-42

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

RANYERE MARTINS SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

---

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180331779**

Vitima: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**

Data do Acidente: **28/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180331779**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180417079**

Vitima: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**

Data do Acidente: **28/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180417079**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**

**Sinistro:** **3180417079**

**Vítima:** **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**

**Data do Acidente:** **28/03/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **RANYERE MARTINS SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180417079** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180417079**

Nome do(a) Examinado(a): **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a): **LC NOVA FAZENDA nº 0 - ZONA RURAL - OEIRAS/PI**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3647974 - SSP**

Data e local do acidente: **28/03/2018 OEIRAS/PI**

Data e local do exame: **22/09/2018 FLORIANO/PI**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**QUEIMADURA DE 2º E DE 3º GRAU, COM 18% NO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM 10% NO ESQUERDO, E COM 2% NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**FEZ TRATAMENTO COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM 2 MESES E 22 DIAS, COM INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE QUEIMADOS DE 29/03/2018 AO DIA 21/04/2018, TEVE CHOQUE SÉPTICO DE ORIGEM CUTÂNEA, FEZ TRATAMENTO MEDICAMENTOSO COM USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA, COM ENXERTO DE PELE NA REGIÃO QUEIMADA, SENDO O SÍTIO DOADOR A COXA ESQUERDA, E REFERE QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**APRESENTA NO MOMENTO CICATRIZES DE QUEIMADURA NA COXA DIREITA, REGIÃO ANTERIOR E POSTERIOR, NA Perna DIREITA REGIÃO ANTERIOR E POSTERIOR, NA COXA ESQUERDA REGIÃO POSTERIOR, E NA Perna ESQUERDA REGIÃO POSTERIOR, TODAS COM PLASTICA VICIOSA, E CICATRIZ NA COXA ESQUERDA, DE RETIRADA DE PELE PARA ENXERTO, CICATRIZES QUE PREJUDICAM OS MOVIMENTOS ARTICULARES DO MEMBRO INFERIOR DIREITO**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM       NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM       NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: MAURO RICARDO RAMOS BILIBIO CRM:4606 /PI**



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

**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** seu tutore, 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 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").

Nome do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima:

Nome completo da vítima:

121.749.202-04

Dominic ANTONIO DE SOUSA

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Dominic ANTONIO DE SOUSA	121.749.202-04	TAURADOR
Endereço	Número	Complemento
LOCALIDADE - NOVA FAZENDA	S/N	-
Município	Cidade	Estado
ZONA RURAL	DEIRAS	PIAUÍ
CEP	64.500-000	
	89-99456-5517	Telefone (DDI)

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

REFUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA PICHUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (101) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
FÓRMULA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
1383	60935-00	VMO	VMO
(Informar digito se existir)	(Informar digito se existir)	(Informar digito se existir)	(Informar digito se existir)

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

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

19 JUL 2018

**DPVAT**

**Dominic ANTONIO DE SOUSA**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Lotérias CAIXA**

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0181  
OUVIDORIA 0800 725 7474

191-620857961-2

10/JUL/2018

HORA DF 11:23:39

LOT: 16,12341-0

TERM: 017305

LOCALIDADE: DEIRAS

AG. VINCULADA: 1383

CONTROLE: 620110854

**DEPÓSITO EM DINHEIRO**

1383 013 00060935-6

DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

VALOR :

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PRÉVISÃO  
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

191-620857961-2

1ª VIA

**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** seu tutore, 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 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").

Nome do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima:

Nome completo da vítima:

121.749.202-04

Dominic ANTONIO DE SOUSA

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Dominic ANTONIO DE SOUSA	121.749.202-04	TAURADOR
Endereço	Número	Complemento
LOCALIDADE - NOVA FAZENDA	S/N	-
Município	Cidade	Estado
ZONA RURAL	DEIRAS	PIAUÍ
CEP	64.500-000	
	89-99456-5517	Telefone (DDI)

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

REFUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 0,001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA PICHUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (1/91) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341); <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
FÓRMULA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
1383	60935-00	VMO	VMO
(Informar digito se existir)	(Informar digito se existir)	(Informar digito se existir)	(Informar digito se existir)

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

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

19 JUL 2018

**DPVAT**

**Dominic ANTONIO DE SOUSA**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0181  
OUVIDORIA 0800 725 7474

191-620857961-2

10/JUL/2018

HORA DF 11:23:39

LOT: 16,12341-0

TERM: 017305

LOCALIDADE: DEIRAS

AG. VINCULADA: 1383

CONTROLE: 620110854

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1383 013 00060935-6

DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

VALOR

:

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PRÉVISÃO  
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

191-620857961-2

1ª VIA



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001393/2018-83

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Everaldo De Andrade Filho

Data/Hora: 10/07/2018 - 10:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE OEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Endereço

BR-230, NAS PROXIMIDADES DO ASSENTAMENTO BARRIGUDA, Nº:

Complemento

ZONA RURAL DE OEIRAS-PI

Data/Hora

28/03/2018 - 18:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

Tipo Envolve.: VITIMA/Noticiante

RG: 3.647.974 SSP PI

Mãe: ROSA PEREIRA DE SOUSA

Pai: GUILHERME ANTONIO DE SOUSA

Endereço: LOCALIDADE NOVA FAZENDA, Nº:

Complemento: ZONA RURAL DE OEIRAS PI

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-8458-5517

Nome: ANTONIA CARVALHO DE SOUSA

Tipo Envolve.: VITIMA

RG: 1.825.134 SSP PI

Mãe: HELENA FERREIRA DE CARVALHO

Pai: ANTONIO FERREIRA DE CARVALHO

Endereço: LOCALIDADE NOVA FAZENDA, Nº:

Complemento: ZONA RURAL DE OEIRAS-PI

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: OEIRAS

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA, CG 150 TITAN KS

Ano: Placa: Chassi:

2008 NHY1947 9C2KC0810BR231460

Renavam: Cor:

00974858951 Preta

Condutor: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

RG: 3.647.974 Órgão: SSP UF RG: PI

End: LOCALIDADE NOVA FAZENDA Número: Complemento: ZONA RURAL DE OEIRAS-PI

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: ANTONIO FILHO DE CARVALHO SOUSA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA o noticiante que, no dia 28/03/2018, por volta das 18:00h, trafegava pela BR-230, sentido Oeiras/Floriano, conduzindo referida motocicleta, caracterizada acima; QUE em referida motocicleta, o noticiante levava na carona (garupa), sua esposa ANTONIA CARVALHO DE SOUSA; QUE em determinado trecho, mais precisamente, nas proximidades do Assentamento Barriguda o noticiante bateu referida motocicleta, em um animal (vaca), vindo a cair, QUE após o acidente o noticiante sofreu queimaduras de segundo grau em MMSS E MMII, causado pela moto que ficou em chamas após o acidente; QUE o noticiante foi socorrido por terceiros e encaminhado a UPA - Unidade de Pronto Atendimento 24h, em Oeiras-PI, e logo em seguida transferido para o HUT - Hospital de Urgência de Teresina, onde passou por procedimento cirúrgico; QUE sua esposa, ANTONIA CARVALHO



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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001393/2018-83

DE SOUSA, apresenta escoriações leves pelo corpo e refere dor torácica irradiando para o dorso e dor intensa em MBD (BRAÇO), que na oportunidade também foi socorrida por terceiros e encaminhada para a UPA, em Oeiras, onde foi medicada; QUE O NOTICIANTE NÃO POSSUI CNH. Era o que tinha a noticiar.

Etevaldo De Andrade Filho - Mat. 086702X  
AGENTE DE POLÍCIA

*Domíngos Antônio de Souza*  
DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

*[Large handwritten signature]*  
Delegado de Polícia

