

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06840.740/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.219-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B - I
Regime especial da imprecisão autorizada pela SemaZ 06/98

Nº da Nota Fiscal

011501720

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 20 de outubro de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	01/10/2018	45	33,59

MARIA FRANCINETE DE MOURA SANTOS BORGES
AV JOAQUIM CASTELO BRANCO 268 SANTO ANTONIO CENTRO
CPF: 00000783521340

DADOS DA LEITURA	DADOS DA LEITURA
Atual:	25/09/2018
Anterior:	24/08/2018
Próxima Leitura:	25/10/2018
Entrega:	21/09/2018
Apresentação:	25/09/2018

NORMAL	3,2
R	1.1.1.1 20

HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/18 17	CONSUMO 15 A R\$ 0,639248 = 28,76
JUL/18 18	CONTR. ILUMINAÇÃO PÚBL. (CO3IP) 4,07
JUN/18 2	CORREÇÃO FISCAL TARIAS IG 07/18-00 0,15
MAI/18 4	MULTA POR ATRASO 07/18-00 0,38
ABR/18 4	JUROS DE IX RA DE IMPO 07/18-00 0,23
MAR/18 5	ADICIONAL EANDI TRA VERMELHA
FEV/18 6	
JAN/18 9	
DEZ/17 43	
NOV/17 44	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 45 - 0,64000	

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$ Unida... **Lembre que a suspensão do fornecimento de energia é válida a partir de 15/10/2018. O não pagamento por faltas à inclusão do nome do consumidor na lista de cobrança efetuado o pagamento favor considerar este fato.**

LIGUE 0890 086 0890 E FAÇA EFETO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 6098.9090.6DFB.0001.D451.C8AF.0267.73CF

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	7,77	Base de Cálculo:	
Energia:	14,75	Aliquota ICMS:	
Transmissão:	2,32	Valor do ICMS:	
Encargos:	2,35	Valor do PIS:	0,28
Gibezos:	1,57	Valor do COFINS:	1,29

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

DEIRAS 07/2018 8,75

ROT: 67.477.17.37.065030

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1367284-3	33,59
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2018	01/10/2018

Nº da Nota Fiscal:

011501720 FCAM

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06840.740/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.219-5

SEQ.: 00290 UC: 1367284-3 DT. LEIT.: 25/09/2018 T. ENTR.: 02

LEITURA: 233 NORMAL TOTAL: 33,59 CARGA: A01

DT.VENC.: 01/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 0842



8365000000002335900176002000000013672284309180081



**Para Comprar em
Clementina, Infraestrutura
e Habitação**

SEU CÓDIGO

118524

L-100047118 EMERGÊNCIA D12 [req1]
Av. Manoel da Cunha 73-9 - Centro/Sul - Teresina - PI
- HTE-06 845 22157020 29 1401 44601 46 01 107-5
Nova Prata / Centro de Energia Elétrica - Série D-1
Banco do Brasil. No momento não pode ser SELAC/CPB

H. de Mata Peralta 012373363

**6. The following is the primary evidence - PDA from the
prior lesson #10 which is to be used during this lesson.**

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	24/10/2018	149	134,17

QADOS DA LEITURA		ROT: 61.770.11.33.110800
	kWh	DATA DA LEITURA
Atual:	11870	16/10/2018
Anterior:	11771	14/09/2018
Contingente de reabrigação:	1.000	16/11/2018
Consumo Médio:	149	15/10/2018
Consumo Totalizado:	149	16/10/2018

NORMAL		DADOS DA UNIDADE DE CONSUMO/CDEA				
Grau de Iluminação	Urgência	Número Mandado	Peso	Código de	3478122 mensag	
HISTÓRICO CDEA	Máximo consumo	A1266414				
HISTÓRICO CDEA						
Máximo consumo						
SET/18	140	CONSUMO	149 A R\$ 0,834832 =	124,27		
AGO/18	151	CONTR. ILUMINAÇÃO PÚBL. (COSIP)			9,90	
JUL/18	125	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	7,44			
JUN/18	138					
MAI/18	140					
ABR/18	121					
MAR/18	122					
FEV/18	120					
JAN/18	127					
DEZ/17	97					
TOTAL 2018	119					
PER 119 - 0,834832						

MESAJI İMPORTANTELİ DƏRƏCƏLƏRİNƏ YERLƏŞDİR

Mes/Año valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2018, se função das contas reavaliadas neste faturamento. O seu pagamento poderá ensealar também a inclusão do nome do consumidor na SENACI. Informações ainda existentes) conselho (vinculadas e as reavaliadas) no valor de R\$ 197,25 (valor histórico). Caso tenha realizado o pagamento favor de comprovar 2018 AVISO.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 MAY 2018

DPVAT



**Para Comprar em
Clementina, Infraestrutura
e Habitação**

SEU CÓDIGO

118524

L-100047118 EMERGÊNCIA D12 [resg]
Av. Manoel da Cunha 73-9 - Centro/Sul - Teresina - PI
- HTE-06 845 22110200 29 1995 (44) 32 401 387-5
Nossa Senhora da Conceição Eletricista - Série D-1
Resgate efetuado no imóvel que pertence ao Sindicato dos

H. de Mata Peralta 012373363

• [Learn More](#) [Buy Now](#)

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	24/10/2018	149	134,17

QADOS DA LEITURA		ROT: 61.770.11.33.110800
	kWh	DATA DA LEITURA
Atual:	11870	16/10/2018
Anterior:	11771	14/09/2018
Contingente de reabrigação:	1.000	16/11/2018
Consumo Médio:	149	15/10/2018
Consumo Totalizado:	149	16/10/2018

NORMAL		DADOS DA UNIDADE DE CONSUMO/CDA				
Grau de Iluminação	Urgência	Número Mandado	Peso	Código	344818 12 meses	
MONOCOLOR	MONOCOLOR	A1266414s				
HISTÓRICO CDA						
Métrica consumo:						
SET/18	149	CONSUMO	149 A R\$ 0,8348032 =	124,27		
AGO/18	151	CONTR. ILUMINAÇÃO PBL. (COSIP)			9,90	
JUL/18	125	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	7,44			
JUN/18	138					
MAR/18	149					
MAR/18	149					
ABR/18	124					
MAR/18	122					
FEV/18	129					
JAN/18	127					
DEZ/17	97					
TOTAL 12 MESES:						
R\$ 149 - 0,8348032						

MESAJI İMPORTANTELİ DƏRƏCƏLƏRİNƏ YERLƏŞMƏ

Mes/Año 09/2018 valor R\$ 125,95 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2018, se função das contas reavaliadas neste faturamento. O seu pagamento poderá ensealar também a inclusão do nome do consumidor na SENACI. Informações ainda existentes) conselho (vinculadas e as reavaliadas) no valor de R\$ 157,25 (valor histórico). Caso tenha realizado o pagamento favor de comprovar 2018-0910.

LIGUE 8800 886 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1, 5, 10, 15, 20, 25

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 MAY 2018

DPVAT

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 0221294 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 SUSEP¹ 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**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada urbana, capitalização e resseguro.

² 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 ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ranyere Martins Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 066.400-283-42,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wanderlei Santos Menezes inscrito (a) no CPF sob o N646-400-283-42, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
Wanderlei Santos Menezes inscrito (a) no CPF sob o N064-401-723-54, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: EFTV PRACTICE Renda: R\$ 0,00 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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	Número	Complemento
<u>AV. DOM. EXPEDITO LOPEZ</u>	<u>211</u>	<u>—</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>TERE MONTA</u>	<u>PR</u>	<u>64500-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
<u>—</u>	<u>—</u>	<u>89-99409-3583</u>

02/09/2018 de OUTUBRO de 2018
 Local e Data

**P J CORRETORA
DE SEGUROS**

01 NOV 2018

Ranyere Martins Silva
 Assinatura do Declarante

DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Hélio Gomes de Melo,
RG nº 2 613 927, data de expedição 04/09/2003
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 470 271 933 53, com
domicílio na cidade de Santa Rosa do Piauí, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Boa Nova - Centro, nº 327,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima WANDERSON SANTO MOURA cujo o condutor era
Valdeci Moura Borges

Veículo: PAPEL MOTO CICLO
Modelo: Honda - NXR-150 - BR05 - SF
Ano: 2011
Placa: WVW-6062
Chassi: 9G2KD0550BR552657
Data do Acidente:

Lugar e Data: 24/12/2017, na AV. DA QDE DE CATAP, proxim à
FSE PIAUENSE, no município de Oeiras, PI.

Hélio Gomes de Melo
Assinatura do Declarante

AJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

Valdeci Moura Borges

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

OPVAT
ORIGINIAL



4º Tabellonato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (0889) 3462-1251 / 9402-9315
e-mail: corretorajavapain@gmail.com

REGISTRO - PAR - ALITEMPERAMENTE AS FINTAS DE AUTOSOMES DE PELÔ - e -
VALDECI MOURA BORGES, DOU FE, EM TEST. Verdade. DA VERDADE.
DET RAG-PI, 23/10/2018. Emol. 57,42 TJ: 1,48 Sel. 070752 Total: 9,42
Salvo ABJ 31229 ABJ 31230 (F30P33)

EM SABEDORIA DE SA SUCEDERA FOSCREVENTE AUTORIZADA

ELEANGELINA DE CARVALHO SAI E FREITAS ELEANGELINA DE SA E BOMBA ELEANGELINA MARIZ DE SA BOMBA
 ELEANGELINA OLIVEIRA DE SOUSA

HRDC

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Av. Rui Barbosa, 586 - Oeiras-PI - Fone: (89) 3462-1213
CEP: 64.500-000
CNPJ: 06.563.564/0013-71

Anexo 1

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Wanderley Santos Moura

DATA DE NASCIMENTO

19/07/1900

PROFISSÃO

MASC. FEM.

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE:

QG 4.194.960 11/05/15 SSP/PI

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

CPF: 064.101.723-54

RAÇA / COR:

BRANCA

PRETA

AMARELA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

PARDA

INDÍGENA

SEM INFORMAÇÃO

07 NOV 2018

FILIAÇÃO:

PAI: *Vicente Borges*

DPVAT

MÃE: *Maria Francisca (de Maria Borges) de Souza Santos*

ENDEREÇO:

Rua Presidente

S/N

Bairro Rodogom 1108

MUNICÍPIO:

Oeiras Piauí

ESTADO:

PI

CEP:

64500-000

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA: *24/11/2018*

HORA: *16:36*

MOTIVO DO ATENDIMENTO

*Paciente com queixa de dor de estômago intenso de 4h.
dor intermitente, com dor de dor forte, que não se alivia
aliviado e regular perca de consciousness, que é um desfazendo em
forma direta, que é de dor intensa, só impede de mover.
PAC: 147.199.200-149 SAPO: 2.1. HAT: 126.001/01*



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



SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: Osteódisto

Nome do Paciente: Wenderson Souza Moraes Dat. Nasc.: / /
Clínica: _____ Ata: _____ Enf.: _____ Leito: _____

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Fratura operada de epífise proximal de fêmur direito

Igor B. Dantas Moura
CRM-PI 5937
CPF: 931.007.793-12

Data: 24 / 11 / 2017

Assinatura:

PARECER:

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

Futuros: AUTO TÁXI JCA

17 NOV 2018

CD: custando excesso

DPVAT

Data: 25 / 12 / 17

Assinatura:

Hospital Regional Deolindo Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586

Fone: (89) 3462-1213 - CEP: 64.500-000 - Oeiras-PI

C.N.P.J 06.553.564/0013-71

P.A	PULSO	TEMP	BCPM	SpO2
DIAGNÓSTICO				
CID 10	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS				
TERAPIA MÉDICAMENTOSA	<input type="checkbox"/>	CONSULTA ORTOPÉDICA	<input type="checkbox"/>	
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/>	PEQUENA CIRURGIA	<input type="checkbox"/>	
CONSULTA MEDICAMENTOSA	<input type="checkbox"/>	IMOBILIZAÇÃO	<input type="checkbox"/>	
TRATAMENTOS REALIZADOS				
<p>(1) Diga 2620</p> <p>(2) tcmal 100g - OLF + 10ml S.F.O. 5%, SV, canto! (4-1)</p> <p>(3) Solicto Rotina Radiologica p/ Abordar o Politomotriz.</p>				
EXAMES REALIZADOS				
<p>14 evidenciando fratura no epífise proximal de fibula direita.</p>				
OUTROS				
ASSINATURA E Nº DO COREN DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM				
ASSINATURA E CRM DO MÉDICO ASSISTENTE				
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL				

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Wanderson Santos Mora
 ALA: 25 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 25/12/17

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<i>Realizada Tala imquino Pedálica sendo utilizada obclina erupom gessada, algodão e vto pediclo.</i>			<i>José da M. V. B. L. Tec Enfermagem COREN - PI: 703457</i>
M	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
A	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
N	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
H	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
A	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
N	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
H	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
A	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
N	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
H	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
A	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
			<i>PJ CORRETORA DE SEGUROS</i>
T	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	<i>17 NOV 2018</i>
A	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
R	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
D	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	<i>DPVAT</i>
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
N	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
H	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
A	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
N	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
H	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
A	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
O	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
I	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
T	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
N	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
H	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	



**REGISTRO DE PRONTO ATENDIMENTO
PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE NASCIMENTO: 07 / 10 / 1966 **SEXO:** MASCULINO

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

INTERMARA: LEITO: 12 N° PRONTUÁRIO:

MRDC
MATERIALS RESEARCH & DEVELOPMENT
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h



PRESCRIÇÃO MÉDICA

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: Alexa

DATA DE NASCIMENTO: 30/10/2000

ENFERMARIA: 04

LEITO: 33

Nº PRONTUÁRIO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS

DATA:

ASSINATURA:

DATA:

ASSINATURA:

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h

PREScrição MÉDICA



Plaut

 NOME DO PACIENTE: Isabela Souza Scattai
 DATA DE NASCIMENTO: 29/01/2006

 ENFERMÁRIA: 01 LETO: 12 N° PRONTUÁRIO:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
		HORÁRIO		
03/08	# Prescrição médica #			
03/08	1) Diária Oral Livar			
03/08	2) Síntese Salivar 2000			
03/08	3) Difazol - Cr FA + AC 100 mg, 3x/dia			
03/08	4) Paracetamol - ULFA + AC 125 mg			
03/08	5) Paracetamol - ULFA + AC 125 mg			
03/08	6) Glicerol 1000 mg			
03/08	7) Glicerol 1000 mg			
03/08	8) Laxante Simples: S.C. 1x/dia			
03/08	9) Supositório - Olho + Faringe 1x/dia			
03/08	10) Supositório - Olho + Faringe 1x/dia			
03/08	11) Síntese e cálculo.			
03/08	12) Unirix pela reagelacut			
03/08	13) Pox 36,4°C neg			
03/08	14) Pox 36,4°C neg			
03/08	15) Pox 36,4°C neg			
03/08	16) Pox 36,4°C neg			
03/08	17) Pox 36,4°C neg			
03/08	18) Pox 36,4°C neg			
03/08	19) Pox 36,4°C neg			
03/08	20) Pox 36,4°C neg			
03/08	21) Pox 36,4°C neg			
03/08	22) Pox 36,4°C neg			
03/08	23) Pox 36,4°C neg			
03/08	24) Pox 36,4°C neg			
03/08	25) Pox 36,4°C neg			
03/08	26) Pox 36,4°C neg			
03/08	27) Pox 36,4°C neg			
03/08	28) Pox 36,4°C neg			
03/08	29) Pox 36,4°C neg			
03/08	30) Pox 36,4°C neg			
03/08	31) Pox 36,4°C neg			
03/08	32) Pox 36,4°C neg			
03/08	33) Pox 36,4°C neg			
03/08	34) Pox 36,4°C neg			
03/08	35) Pox 36,4°C neg			
03/08	36) Pox 36,4°C neg			
03/08	37) Pox 36,4°C neg			
03/08	38) Pox 36,4°C neg			
03/08	39) Pox 36,4°C neg			
03/08	40) Pox 36,4°C neg			
03/08	41) Pox 36,4°C neg			
03/08	42) Pox 36,4°C neg			
03/08	43) Pox 36,4°C neg			
03/08	44) Pox 36,4°C neg			
03/08	45) Pox 36,4°C neg			
03/08	46) Pox 36,4°C neg			
03/08	47) Pox 36,4°C neg			
03/08	48) Pox 36,4°C neg			
03/08	49) Pox 36,4°C neg			
03/08	50) Pox 36,4°C neg			
03/08	51) Pox 36,4°C neg			
03/08	52) Pox 36,4°C neg			
03/08	53) Pox 36,4°C neg			
03/08	54) Pox 36,4°C neg			
03/08	55) Pox 36,4°C neg			
03/08	56) Pox 36,4°C neg			
03/08	57) Pox 36,4°C neg			
03/08	58) Pox 36,4°C neg			
03/08	59) Pox 36,4°C neg			
03/08	60) Pox 36,4°C neg			
03/08	61) Pox 36,4°C neg			
03/08	62) Pox 36,4°C neg			
03/08	63) Pox 36,4°C neg			
03/08	64) Pox 36,4°C neg			
03/08	65) Pox 36,4°C neg			
03/08	66) Pox 36,4°C neg			
03/08	67) Pox 36,4°C neg			
03/08	68) Pox 36,4°C neg			
03/08	69) Pox 36,4°C neg			
03/08	70) Pox 36,4°C neg			
03/08	71) Pox 36,4°C neg			
03/08	72) Pox 36,4°C neg			
03/08	73) Pox 36,4°C neg			
03/08	74) Pox 36,4°C neg			
03/08	75) Pox 36,4°C neg			
03/08	76) Pox 36,4°C neg			
03/08	77) Pox 36,4°C neg			
03/08	78) Pox 36,4°C neg			
03/08	79) Pox 36,4°C neg			
03/08	80) Pox 36,4°C neg			
03/08	81) Pox 36,4°C neg			
03/08	82) Pox 36,4°C neg			
03/08	83) Pox 36,4°C neg			
03/08	84) Pox 36,4°C neg			
03/08	85) Pox 36,4°C neg			
03/08	86) Pox 36,4°C neg			
03/08	87) Pox 36,4°C neg			
03/08	88) Pox 36,4°C neg			
03/08	89) Pox 36,4°C neg			
03/08	90) Pox 36,4°C neg			
03/08	91) Pox 36,4°C neg			
03/08	92) Pox 36,4°C neg			
03/08	93) Pox 36,4°C neg			
03/08	94) Pox 36,4°C neg			
03/08	95) Pox 36,4°C neg			
03/08	96) Pox 36,4°C neg			
03/08	97) Pox 36,4°C neg			
03/08	98) Pox 36,4°C neg			
03/08	99) Pox 36,4°C neg			
03/08	100) Pox 36,4°C neg			
03/08	101) Pox 36,4°C neg			
03/08	102) Pox 36,4°C neg			
03/08	103) Pox 36,4°C neg			
03/08	104) Pox 36,4°C neg			
03/08	105) Pox 36,4°C neg			
03/08	106) Pox 36,4°C neg			
03/08	107) Pox 36,4°C neg			
03/08	108) Pox 36,4°C neg			
03/08	109) Pox 36,4°C neg			
03/08	110) Pox 36,4°C neg			
03/08	111) Pox 36,4°C neg			
03/08	112) Pox 36,4°C neg			
03/08	113) Pox 36,4°C neg			
03/08	114) Pox 36,4°C neg			
03/08	115) Pox 36,4°C neg			
03/08	116) Pox 36,4°C neg			
03/08	117) Pox 36,4°C neg			
03/08	118) Pox 36,4°C neg			
03/08	119) Pox 36,4°C neg			
03/08	120) Pox 36,4°C neg			
03/08	121) Pox 36,4°C neg			
03/08	122) Pox 36,4°C neg			
03/08	123) Pox 36,4°C neg			
03/08	124) Pox 36,4°C neg			
03/08	125) Pox 36,4°C neg			
03/08	126) Pox 36,4°C neg			
03/08	127) Pox 36,4°C neg			
03/08	128) Pox 36,4°C neg			
03/08	129) Pox 36,4°C neg			
03/08	130) Pox 36,4°C neg			
03/08	131) Pox 36,4°C neg			
03/08	132) Pox 36,4°C neg			
03/08	133) Pox 36,4°C neg			
03/08	134) Pox 36,4°C neg			
03/08	135) Pox 36,4°C neg			
03/08	136) Pox 36,4°C neg			
03/08	137) Pox 36,4°C neg			
03/08	138) Pox 36,4°C neg			
03/08	139) Pox 36,4°C neg			
03/08	140) Pox 36,4°C neg			
03/08	141) Pox 36,4°C neg			
03/08	142) Pox 36,4°C neg			
03/08	143) Pox 36,4°C neg			
03/08	144) Pox 36,4°C neg			
03/08	145) Pox 36,4°C neg			
03/08	146) Pox 36,4°C neg			
03/08	147) Pox 36,4°C neg			
03/08	148) Pox 36,4°C neg			
03/08	149) Pox 36,4°C neg			
03/08	150) Pox 36,4°C neg			
03/08	151) Pox 36,4°C neg			
03/08	152) Pox 36,4°C neg			
03/08	153) Pox 36,4°C neg			
03/08	154) Pox 36,4°C neg			
03/08	155) Pox 36,4°C neg			
03/08	156) Pox 36,4°C neg			
03/08	157) Pox 36,4°C neg			
03/08	158) Pox 36,4°C neg			
03/08	159) Pox 36,4°C neg			
03/08	160) Pox 36,4°C neg			
03/08	161) Pox 36,4°C neg			
03/08	162) Pox 36,4°C neg			
03/08	163) Pox 36,4°C neg			
03/08	164) Pox 36,4°C neg			
03/08	165) Pox 36,4°C neg			
03/08	166) Pox 36,4°C neg			
03/08	167) Pox 36,4°C neg			
03/08	168) Pox 36,4°C neg			
03/08	169) Pox 36,4°C neg			
03/08	170) Pox 36,4°C neg			
03/08	171) Pox 36,4°C neg			
03/08	172) Pox 36,4°C neg			
03/08	173) Pox 36,4°C neg			
03/08	174) Pox 36,4°C neg			
03/08	175) Pox 36,4°C neg			
03/08	176) Pox 36,4°C neg			
03/08	177) Pox 36,4°C neg			
03/08	178) Pox 36,4°C neg			
03/08	179) Pox 36,4°C neg			
03/08	180) Pox 36,4°C neg			
03/08	181) Pox 36,4°C neg			
03/08	182) Pox 36,4°C neg			
03/08	183) Pox 36,4°C neg			
03/08	184) Pox 36,4°C neg			
03/08	185) Pox 36,4°C neg			
03/08	186) Pox 36,4°C neg			
03/08	187) Pox 36,4°C neg			
03/08	188) Pox 36,4°C neg			
03/08	189) Pox 36,4°C neg			
03/08	190) Pox 36,4°C neg			
03/08	191) Pox 36,4°C neg			
03/08	192) Pox 36,4°C neg			
03/08	193) Pox 36,4°C neg			
03/08	194) Pox 36,4°C neg			
03/08	195) Pox 36,4°C neg			
03/08	196) Pox 36,4°C neg			
03/08	197) Pox 36,4°C neg			
03/08	198) Pox 36,4°C neg			
03/08	199) Pox 36,4°C neg			
03/08	200) Pox 36,4°C neg			
03/08	201) Pox 36,4°C neg			
03/08	202) Pox 36,4°C neg			
03/08	203) Pox 36,4°C neg			
03/08	204) Pox 36,4°C neg			
03/08	205) Pox 36,4°C neg			
03/08	206) Pox 36,4°C neg			
03/08	207) Pox 36,4°C neg			
03/08	208) Pox 36,4°C neg			
03/08	209) Pox 36,4°C neg			
03/08	210) Pox 36,4°C neg			
03/08	211) Pox 36,4°C neg			
03/08	212) Pox 36,4°C neg			
03/08	213) Pox 36,4°C neg			
03/08	214) Pox 36,4°C neg			
03/08	215) Pox 36,4°C neg			
03/08	216) Pox 36,4°C neg			
03/08	217) Pox 36,4°C neg			
03/08	218) Pox 36,4°C neg			
03/08	219) Pox 36,4°C neg			
03/08	220) Pox 36,4°C neg			
03/08	221) Pox 36,4°C neg			
03/08	222) Pox 36,4°C neg			
03/08	223) Pox 36,4°C neg			
03/08	224) Pox 36,4°C neg			
03/08	225) Pox 36,4°C neg			
03/08	226) Pox 36,4°C neg			
03/08	227) Pox 36,4°C neg			
03/08	228) Pox 36,4°C neg			
03/08	229) Pox 36,4°C neg			
03/08	230) Pox 36,4°C neg			
03/08	231) Pox 36,4°C neg			
03/08	232) Pox 36,4°C neg			
03/08	233) Pox 36,4°C neg			
03/08	234) Pox 36,4°C neg			
03/08	235) Pox 36,4°C neg			
03/08	236) Pox 36,4°C neg			
03/08	237) Pox 36,4°C neg			
03/08	238) Pox 36,4°C neg			
03/08				



Piaui
Revista
Estadual

**HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24 HORAS
PRESCRIÇÃO MÉDICA**



UPA 24h
UNIDADE PRÓDICO ALIMENTOS

VACÔES

Nº PRONTUÁRIO: 1234567890

NAME DO PACIENTE: DATA DE NASCIMENTO:

DATA DE NASCIMENTO:

LABORATÓRIO - HOSPITALAR REGIONAL DEOLINDO COUTO

P3 B

Av. Rui Barbosa, 586, Centro - Oeiras-PI
Fone: (89) 3462-1213 - CEP: 64.500-000

NOME: Wanderson Santos Maura DATA: 02-01-88
 IDADE: 19-01-2000
 Dr.(a): Pucallane Rego

HEMOGRAMA

Hemácias 3.84 mm³
 Hemoglobina 131 g%
 Hematócrito 36.2 %
 Leucócitos 8900 por / mm³

BASO %	EOS %	MIEL %	META %	BAST %	SEG %	LINTO %	MONO %
-	02	-	-	-	64	29	05

OBS:

T. Coagulação _____ G. Sanguíneo _____
 T. Sangramento _____ Fator Rh _____
 Plaquetas 333.000/mm³ F. Du. _____



SUMÁRIO DE URINA

Volume 40,0 ml Densidade 1.020
 Reação + PH 6,0
 Cor Amerelo 117 Aspecto Jg. Liso

ANÁLISE QUALITATIVA

Albumina + Glicose -
 Corpos cétônicos - Bilirrubina -
 Hemoglobina - Urobilinogênio -
 Sals Biliares - Nitritos -

SEDIMENTOSCOPIA

Cel. Epitelials Kruks Pióctos Ricos
 Hemácias 1-2 ml corpos Muco PRESENTE
 Bactérias Móveis Cristais Graxos de Calcif.

OBS: Urato amigdala (+)

BIOQUÍMICA DO SANGUE

Glicemia de Jejum _____ mg/dl
 Uréia _____ mg/dl
 Creatinina _____ mg/dl
 Ácido Úrico _____ mg/dl
 Colesterol Total _____ mg/dl
 T.G.O. _____ u/ml
 T.G.P. _____ u/ml
 Bilirrubina - Total _____ mg/dl
 Bilirrubina - Direta _____ mg/dl
 Bilirrubina - Indireta _____ mg/dl
 Triglicerídeos _____ mg/dl

OUTROS

Anti-HIV _____
 V.D.R.L. _____
 Proteína C Reativa _____
 Fator Reumatóide _____
 Planotest _____
 Aslo _____
 Beta HCG _____

EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES METAZOÁRIOS

- | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ancylostomídeos | <input type="checkbox"/> Schistosoma Mansoni |
| <input type="checkbox"/> Ascaris Lumbricoides | <input type="checkbox"/> Strongloides Stercoraria |
| <input type="checkbox"/> Enterobius Vermicularis | <input type="checkbox"/> Taenia s.p. |
| <input type="checkbox"/> Hymenolepis Diminuta | <input type="checkbox"/> Trichuris Trichiura |
| <input type="checkbox"/> Hymenolepis Nana | |

PROTOZOÁRIOS

- | |
|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entamoeba Coli |
| <input type="checkbox"/> Entamoeba Histolytica |
| <input type="checkbox"/> Giardia Lamblia |
| <input type="checkbox"/> AMOSTRA NEGATIVA |

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


 PIAUÍ
 SEDIS DO CEG

 NOME DO PACIENTE: WILIAN SOARES SANTOS | N° PRONTUÁRIO: 047

 DATA DE NASCIMENTO: 03/01/2001
DATA **PRESCRIÇÃO MÉDICA**
ENFERMARIA: 047
LEITO: 2
Nº PRONTUÁRIO:

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ENFERMARIA: 047
LEITO: 2
Nº PRONTUÁRIO:
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
OBSERVAÇÕES
HORÁRIO
COREN:
Ligeira Febre Álvea Tóxos Arrojo
Tec. Enfermagem
COREN: 7225220
09:10 hs P.A = 100x60 mmHg
TAX = 36,5°C - Geral / 36,2°C - Axilar
12:58 Enrolado no G° DETH
consciencioso, orientado
basico e responde adequadamente
Deixou termômetro inserido
em AUTO. Acorda a diária.
Eliminações (+) (5TIC)
Aquando irá ao banho
x 2 (vacô e deposição)
Dose: 1500 mg desconto
COREN: 72267030
16:50 h P.A = 100x60 mmHg
TAX = 36,2°C - Axilar
21:04 h P.A = 100x60 mmHg
TAX = 36,2°C - Axilar
Já tome Banho S. Santa
Tec. Enfermagem-
COREN-PI 834351



140

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



UPA 24h
UNICÓDIO DE BECERRIL & VILLANUEVA

NOME DO PACIENTE: Wimlyne So
DATA DE CONSULTA: 01/03/2014



PAUL
100-1000

**HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24 HORAS
PRESEVICÂO MÉDICA**



UPA 24h
UNIDADE DE PRIMERO ATENDIMIENTO

UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES

— DOCUMENT

THE FRONTIERS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

RESCRIÇÃO MÉDICA



PRAUÍ

HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PREScrição MÉDICA



卷之三

NOME DO PACIENTE: ROBERTO VIEIRA

UN DÉONTIQUE

ENFERMARIA: LEIU; M- FRONI UARIO.

卷之三

卷之三



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ענין אדריכלות ועיצוב פנים

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



140

NOME DO PACIENTE: Wenderson Souza

卷之三

ENFERMADA:

RECOLHIMENTO

FOLHA DE ADMISSÃONome do(a) Paciente: Wanderson Santos Moura 89988084389
Endereço: Rua Beira Mar N° 267 Cidade Santa Rosa Estado PIRegistro do HRDC: Enfermaria Leito: _____Nome do Pai: Valdeci Moura BorgesNome da Mãe: Maria Francisca de Sousa SantosNº Documento do Paciente: R.G. 4.194.960Responsável: A mãeData do Nascimento: 19/10/2000SEXO: Masculino Feminino CNPJ 209 3162 000YCLÍNICAS: Médica: Cirúrgica: Obstétrica:
Psiquiátrica: Pediátrica: Outras: Data da Internação: 25/12/2017 Às 13:06 hs

Data da Alta: _____ / _____ / _____ Às _____ hs

ANAMNESE: _____

_____**RESUMO DA ALTA**Condições de Alta: Curado: Melhorado: Transferido:
Óbito: Por evasão: A pedido:

Data _____ / _____ / _____

Médico Responsável
CRM e CPF

SUS

**SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DO PIAUI
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH**

Name	UNIDADE	Código / CNPJ
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO		06.553.564/0013-71
Endereço	Município	UF
Av. Rui Barbosa, 586	OEIRAS	PI
CEP	FONE	
64.500-080	(89) 3462-1213	

PACIENTE	ÓRGÃO EMISSOR	
	Name do Paciente	
Endereço-Rua-Número-Bairro	Município	UF
CEP	Data do Nascimento	SEXO Masculino Feminino CONDIÇÃO Segurado Cônjuge Filho Outro Dep
		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8

SEGURADO	Nome do Segurado				
	PIS/PASEP Nº Individual	Vínculo com a Previdência Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Segurado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	Não <input type="checkbox"/> 9	CNPJ da Empresa	
CPF do Médico Solicitante	Proced. Solicitado	Cart. Int.	Data Emissão	CPF Médico Responsável	Ass. Médico Responsável
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	Causa Externa	CNPJ da Seguradora		Nº do Bilhete	Série

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Principais Sinais e Sintomas Clínicos	

Condições que Justificam a Internação

Principais Resultados de Provas Diagnósticas

Diagnóstico Inicial	Clínica Cirúrgica Obstétrica Cli. Médica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Procedimento Solicitado	Fisioterapeuta Psiquiátrica Pediátrica Outros <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9

Assinatura do Médico Solicitante (Examinador)	CRM	Data



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



Confere com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fé.

Em, 05/04/18.

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Hamilton Santos Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 326213718

Obs: Não fornecemos 2ª via.

PPJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

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

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI
Av. Higino Corrêa, N° 1642 – Bairro Ilhotas – Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

lula ro
Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE

25/01/2018

Requerimientos

COMPROVANTE DE AUTORIZAÇÃO

JAUJO: 42092

Órgão Emissor: M221100001

AIH- 2218100016077

Cartão SUS: 700600957205464

Usuário: WANDERSON SANTOS MOURA

Usurario: WANDERS

Cartão SUS: 700600957205464

E-mail: judicante@polmepiaui.gov.br - 3323451 - POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ

Etablissement: 2525451 - TRATAMENTO CIRURGICO

Procedimento: 040805031 - TRATAMENTO CIRÚRGICO

CID: S821 - FRA10RA

Análise: 05/01/2018 17:35:51

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA

079 394 003-63

AUTORIZADOR

Operador: MARIA DAS DORES BORGES DOS S LIMA

Emissão: 05/01/2018 17:14:28

[Signature]
Liação de Física Técnica do MPMPI
RG: 1001338-33-2 Haf 14495-9

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 42092

AFILI: 2218100016077

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

232441

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

232441

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	WANDERSON SANTOS MOURA	19/07/2000	M	326213
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
4104960		MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS	MARIA FRANCINETE DE MOURA SANTOS	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		BORGES	
64500000	ENQUERECO - LOGRADOURO			
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	NUMERO / LOTE	
RODADIM DE PICOS		OEIRAS	9	
			UR	
			PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE APRESENTA FRATURA NO PLATO TIBIAL.CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ALTA + TRANSFERÊNCIAPRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAVS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
8221 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
840805051 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL.

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO (Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

LUDMILANE MOURA SANTOS

DATA ADMISSÃO
05/01/2018 16:15DATA ALTA
12/01/2018 08:00MOTIVO ALTA
ALTA MELHORADO

CRM:

CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGUROADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVAIA/ANV 2018
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07091816636 CRM:	DATA ANÁLISE: 05/01/2018 17:03:24 CRM: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

LUDMILANE MOURA SANTOS
Colégio de Engenheiros Técnicos do RN/PI
RG: 100153193-2 Mat: 144959

SUS

42092



Nº de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

541225

Identificação do Paciente

5 - Nome: **WANDERSON SANTOS MOURA**6 - Prontuário: **326213**7 - CNS: **700600857205464**8 - Nascimento: **19/07/2000**9 - Sexo: **M**CPF: **084.101.723-64**

11 - Mãe:

MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS12 - Fone: **89-9.88084389**

13 - Resp:

MARIA FRANCINETE DE MOURA SANTOS BORGES14 - Cor: **PARDA**

15 - Endr:

AVENIDA DUQUE DE CAXIAS S/N**0****RODAGEM DE I 19 - CEP: 64900-000**

16 - Munic:

OBIRAS17 - Cod. IBGE: **220700**18 - UF: **PI**RG: **41949-80**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Onicela
Vee ade fechado.*

**EX CORRETORA
DE SEGUROS**

21 - Condições que justificam a Internação:

Edu

07 NOV 2018

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

Ne

DPVAT

23 - Diagnóstico Inicial:

47 Pneumol. Dto

24 - Cid Princ.: **S871**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Asa.: _____

Procedimento Solicitado

04080551

Tempo SUS

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

29 - Clínica:
POSTO II

30 - Cárator:

02

Ident.:

1

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

CPF: **65266388491**33 - Nome Profissional / Assistente:
EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR34 - Data de Solicitação:
05/01/2018

*DR. EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGY
CRM-2313 ECR-800
35 - Ass., Carr. m. Med. Solicitante*

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N°. Bilhete:

41 - Serie

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE, Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Típico.

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

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizado

47 - Data Autorização:

05/01/2018
MARCOS GONÇALVES MUNIZ DE MORAES
Assessor de Auditoria - DRCA/SMS
CRM - PI: 974 - CPF: 220.030.106-53
CNS: 203833971240003

50 - Ass. Cevimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **MARIA.DORES**

Consulta Local:

Consulta SOS: **1017122843000**Impressão: **17:01:40**

Mario Francisco de Souza Santos Bonfá



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



42092

FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM NÃO

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM NÃO

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

05/01/2018

Nome: WANDERSON SANTOS MOURA

Pront.: 326213

Nasc.: 19/07/2000 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 541225

Enfermaria: POSTO II

ENF 204 LEITO

Leito: 204

Pal: VALDECY MOURA BORGES

Mae: MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS

RG: 4194960

Residência:

AVENIDA DUQUE DE CAXIAS S/N

Nr.: 0

Cep: 64500000

Bairro: RODAGEM DE PICOS

Cidade: OEIRAS

Telefone: 89 - 988084389

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

*Osteopatia
Vise em perolino*

DIAGNÓSTICO

Provável:

CID 5271

Principal:

CID 5271

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

Causa Médica

Histo - Patológico:

Vertebral

TRATAMENTO

Tipo:

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação
05/01/2018 16:01:23Data da Alta:
17/01/2018Data de Hospitalização
/ /

ALTA

Saída

Transferência

Óbito

- Curado
- Melhorado
- Inalterado
- A Pedido
- Internação p/ Diagnóstico

- Divisão Médica
- Por Indisciplina
- Evacuo
- P. Ambulatório

- Fisiologia
- Palpatório
- Outros

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

THE 16/01/18

Assinatura: _____



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 16 / 03 / 2015
Nº DO PRONTUÁRIO 306213 SALA 2
CÓD DA CIRURGIA: 0406050551

Descrição da Cirurgia:

- ① Tumor de 10x10 cm.
② D - M&N
③ A A m g d —
④ Fossa maxilar e orbita
local fixo fio de algodão
e oitava reseção de 78,5%
⑤ uso de tricotixenoal —
⑥ abra no caso
⑦ Sut - Sutura em fio
⑧ D - M &
0406050551
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 2313 TEF - 6054

Cirurgia:

Cirurgião: Edmundo LIMA CRM 2313 TEF - 6054
INTROPIA / TRAUMATOLOGIA

1º Auxiliar: Ronaldo CRM 2322 TEF - 6054

2º Auxiliar: —

3º Auxiliar: —

Instrumentador: J. S. S.

Circulante: Patrícia Lira

Edmundo LIMA
LICENCIADO ENGENHEIRO TÉCNICO DO HPM PI
Código de Registro Técnico do HPM PI
RG: 105132798-2 Nef. 14405-9



GOVERNO
DO PIAUÍ

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

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA 20/12/17 HORA: 11:11 Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE (+n) MUNICIPIO: _____

MÉDICO: MIGUEL RIBEIRO CRM: 4363

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

Obstetrícia Trauma Clínico Cirúrgico Psiquiatria Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: WADIMOS SANTOS MOURA

Idade: 17 anos Sexo: Masculino Feminino

H.A: P-UTI DISCRIDA PAUTA

TBAC DRUGS

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

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

RESPÔSTA VERBAL

5- Orientado
4- Confusa
3- Palavras inapropriadas
2- Palavras incompreensíveis
1- Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

6- Obedece a comandos
5- Localiza dor
4- Movimento de retirada
3- Flexão anormal
2- Extensão anormal
1- Nenhuma

SINAIS VITAIS
T: 36,5 °C P: 80 bpm R: 18 mm PA: 120/80 mmHg Sat Oz: 98 Glicemias: 100 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Oxigênio Hidratação Venosa _____
 Aspiração Medicação _____
 Curativo Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

DR. ALAYSON LUCAS DE MOURA Ribeiro
CRM-PF 5791

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: H.P.M. Onco

Clinica / Posto: _____ Senha: 2017122643080

Dr. Alayson Lucas de Moura Ribeiro
Médico
CRM-PF 5791



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

Nº ORDEM.....: 833541
NOME.....: WANDERSON SANTOS MOURA
MÉDICO SOLIC: LUDNILANNE DE MOURA SANTOS
DATA LAUDO...: 09/01/2018
CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 06/01/2018

IDADE: 17 anos

CRM: 5173-PI

CÓDIGO: 28120

BY PERNAL DIREITA

O estudo radiológico da perna direita realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura cominutiva na extremidade proximal do platô tibial, comprometendo a superfície articular.
 - Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura na perna direita.

Sam Gomes

IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Av. Higino Gurgel, 1542 - São José - Tânia/PR
CEP 84014-320 - CNPJ 07.444.159/0007-25

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

Walter R. S.



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

Nº ORDEM.....: 83354

NOOME.....: WANDERSON SANTOS MOURA

MÉDICO SOLIC: LUDNILANNE DE MOURA SANTOS

DATA LAUDO...: 09/01/2018

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 06/01/2018

IDADE: 17 anos

CRM: 5173-PI

CÓDIGO: 28120

RX JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Presença de fratura cominutiva no platô tibial comprometendo a superfície articular.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura no joelho direito.

**IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI**

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

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

LICENCIADO MEDICO
DR. IVAN FONTELE GOMES
CRM-2426-PI
CONSULTORIO: RUA DIOGO DE OLIVEIRA, 30 - BLOCO 1
CEP: 64014-220 - TERESINA/PI
RG: 103730-33-2 - NISL: 14495-9



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 84446

PACIENTE: WANDERSON SANTOS MOURA

NOME DA MÃE: MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS

DATA DO NASCIMENTO: 19/07/2000

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 16/01/2018

DATA DO LAUDO: 24/01/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Fratura obliqua, com extensão articular, localizada no platô tibial lateral, fixada por placa e parafusos metálicos, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura obliqua, com extensão articular, localizada no platô tibial lateral, fixada por placa e parafusos metálicos, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM-PI 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
Dr. Liege de Sampaio
Médico
CRM-PI 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173



AJ CORRETORA
DE SEGUROS







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523324 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WANDERSON SANTOS MOURA **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523324 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WANDERSON SANTOS MOURA **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fernanda Cardoso Guerra Fonseca".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523324 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WANDERSON SANTOS MOURA **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras da forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: WANDERSON SANTOS MOURA
Nacionalidade: BRAZILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 4194960 - SSP-PI
CPF: 064.101.723-54 -
Profissão: Advogado
Endereço: Rua Paquetá, Centro, Pernambuco - 26 - São João do Piauí - PI
CEP: 61558-000
Telefone: (89) 98808-4787

OUTORGADO:

Nome: RANDERSON MARTINS SILVA
Nacionalidade: BRAZILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 076-400-283-42
CPF: 077-000-241-741
Profissão: Advogado
Endereço: Av. Dom Expedito Júnior - 241 - Foremista
CEP: 61450-000
Telefone: (89) 99408-3583

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: WANDERSON SANTOS MOURA

**PI CORRETORA
DE SEGUROS**

4º OFÍCIO

DEIRAS, 26 DE OUTUBRO DE 2018

Local e data

07 NOV 2018

Wanderson Santos Moura

DPVAT

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - DEIRAS - PI (89) 3462 1251 / 9402-9315
E-mail: tabelionato.oficio@deiras.pi.gov.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: WANDERSON SANTOS MOURA
DOU FE. EM TEST. (TJD) VERDADE. DEIRAS-PI, 26/10/2018.
Fim: 13.71 TJ:0.24 Selo:0.26 Total:4.71 Selo:ABJ.31250 (F40P17)

GILMÁNDIA OLIVEIRA DE SOUSA-ESCREVENTE COMPROMISSADA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404398/18

Vítima: WANDERSON SANTOS MOURA

CPF: 064.101.723-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/12/2017

Titular do CPF: WANDERSON SANTOS MOURA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RANYERE MARTINS SILVA : 046.400.283-42

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

WANDERSON SANTOS MOURA : 064.101.723-54

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 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: 07/11/2018
Nome: RANYERE MARTINS SILVA
CPF: 046.400.283-42

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

RANYERE MARTINS SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **WANDERSON SANTOS MOURA**

Nº Sinistro: **3180523324**

Vítima: **WANDERSON SANTOS MOURA**

Data do Acidente: **24/12/2017**

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 3180523324**.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

064.101.723-54 WANDERSON SANTOS MOURA

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

WANDERSON SANTOS MOURA

CPF:

064.101.723-54

Profissão:

Endereço:

LACRADOR Rua PAULISTA CASTELO Branco

Número:

268

Bairro:

Cidade:

SANTO ANTONIO SANTA ROSA DE PRATA RJ

Estado:

RJ

E-mail:

CEP:

64.518-000

Tel. (DD)

89-9888-4389

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA PJ CORRETORA DE SEGUROS

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: (138) CONTA: 62.350 (2)

AGÊNCIA: () CONTA: ()

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, ve minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, ciente já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme I.M.E 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renuncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou Nascitur (val rescer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que de qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:

Local e Data: 05/11/18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

WANDERSON SANTOS MOURA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

798 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.002438/2018-37



Unidade de Registro: 4º DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Paulo Roberto Moura Satiro

Data/Hora: 25/10/2018 - 18:03

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE OEIRAS

24/12/2017 - 11:38

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

AV. TRANSAMAZÔNICA AO ANEL VIÁRIO, N°:

Ponto de Referência

Complemento

RODAGEM DE PICOS

ORIGINAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WANDERSON SANTOS MOURA

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

RG: 4194980 SSP PI

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

Mãe: MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS

07 NOV 2018

Endereço: AV JOAQUIM CASTELO BRANCO, N° 268

Complemento: SANTO ANTONIO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: SANTA ROSA DO PIAUÍ - CEP: 64518-000

Telefone(s): 89-8808-4289

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA NXR150 BROS ES

Ano: Placa: Chassi:

2011 NIW8062 9C2KD0550BR562667

Renavam:

317115510

Cor:

Preta

Condutor: VALDECY MOURA BORGES

End: AV JOAQUIM CASTELO BRANCO Número: Complemento: SANTO ANTONIO

Cidade: SANTA ROSA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: HELIO GOMES DE MELO

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Relata o noticiante que no dia 24.12.2017, por volta das 11h36, trafegava na condição de passageiro, no veículo acima já mencionado, conduzido pelo seu pai VALDECY MOURA BORGES, indo do centro da cidade de Oeiras-Pi ao bairro Rodagem de picos, quando no percurso precisamente na Av Transamazônica ao Anel Viário, na cidade, foi colhido por um motoqueiro não identificado, ocasionando sua queda. Que o motociclista após o acidente evadiu-se do local; Que minutos depois o noticiante foi socorrido e conduzido pelo SAMU da cidade, ao Hospital Regional Deolindo Couto da cidade, no qual foi submetido à RX da perna direita, constatando Fratura Cominutiva na Extremidade do Platô Tibial. Que por conta da gravidade da lesão foi encaminhado para o Hospital Dirceu Arcoverde (Polícia Militar do Piauí), em Teresina, no qual realizou a cirurgia da perna.

Paulo Roberto Moura Satiro - Mat. 270148X
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

WANDERSON SANTO MOURA

WANDERSON SANTOS MOURA - Noticiante
Responsável pela Informação

*Antônio Milton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat. 270148X*



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

798 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.002438/2018-37

Delegado de Polícia

Antônio Nilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat. 212237

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

OPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

064.101.723-54 WANDERSON SANTOS MOURA

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

WANDERSON SANTOS MOURA

CPF:

064.101.723-54

Profissão:

Endereço:

LACRADOR Rua PAULISTA CASTELO Branco

Número:

268

Bairro:

Cidade:

SANTO ANTONIO SANTA ROSA DE PRATA RJ

Estado:

RJ

E-mail:

CEP:

64.518-000

Tel. (DD)

89-9888-4389

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA PJ CORRETORA DE SEGUROS

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

07 NOV 2018

AGÊNCIA: (138) CONTA: 62.350 (2)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (2)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, ve minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, ciente já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme I.M.E 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renuncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou Nascitur (val rescer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que de qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:

Local e Data: 05/11/18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

WANDERSON SANTOS MOURA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do Inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE OEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - OEIRAS



SAMU
192

DATA 24/12/2017

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

HORÁRIO DA CHAMADA: 13:07 hs NÚMERO DO TELEFONE CHAMADO: () 94 06 4449

VIATURA ACIONADA: VSB 02

NOME DO SOLITANTE: Rosiane

NOME DO PACIENTE: Wanderley Santos Oliveira

SEXO: M F IDADE: 17

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. Presidente De Caxias R. de Picol

PONTO DE REFERÊNCIA: PROXIMO A R. P. PICOLENSE

**A CORRETORA
DE SEGUROS**

SAÍDA DO PA: 13:09 hs CHEGADA AO LOCAL: 13:11 hs

SAÍDA DO LOCAL: 13:22 hs CHEGADA AO HOSPITAL: 13:27 hs

SAÍDA HOSPITAL: 13:45 hs CHEGADA AO PA: 13:49 hs

17 NOV 2018

DPVAT

MOTIVO DA OCORRÊNCIA:

01	X	ACIDENTE DE TRÂNSITO	06	QUEIMADURAS	11	TENTATIVA DE SUICÍDIO
02		AGRESSÃO FÍSICA	07	CHOQUE ELÉTRICO	12	OUTROS
03		URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	08	QUEDA	13	JÁ REMOVIDO
04		ENVENENAMENTO	09	MAL SÚBITO	14	FALSO CHAMADO
05		AFOGAMENTO	10	URG. OBSTÉTRICA	15	TRANSP. HOSPITALAR

NÍVEL DA CONSCIÊNCIA INICIAL		PUPILAS	FALA
RESponde a comando	Y	IGUAIS	NORMAL
X RESponde a dor		DESIGUAIS	CONFUSA
SEM RESPOSTA			NENHUMA

PULSO RADIAL	SANGRAMENTO	SINAIS VITAIS
X FORTE	X Ausente	PA/130 x 90 mmHg - SPO2 98 %
FRACO	MINIMO	PULSO 91 bpm - TP 36.2 °C
AUSENTE	MODERADO	RESP. 15 rpm - GUC. CAP 125 mg/dl
	INTENSO	GLASGOW:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

ASPIRAÇÃO	X	PRANCHA LONGA	OUTROS:
OXIGÊNIO		PRANCHA CURTA	SSV
RCP		KED	
CURATIVOS	X	COLAR CERVICAL	
X IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES		ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	

OBSERVAÇÃO: CLIENTE ORIENTADO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO DOR E EDEMA NO JOELHO DIREITO COM SUSPEITA DE FRACTURA.

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL		ÓBITO
<input checked="" type="checkbox"/>	MELHORANDO	ANTES DO SOCORRO
<input type="checkbox"/>	PIORANDO	ANTES DO TRANSPORTE
<input type="checkbox"/>	INALTERADO	NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO:

01. () HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO (OEIRAS)
02. () HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO BARBOSA NUNES (FLORIANO)
03. () HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ (PICOS)
04. () HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT (TERESINA)
05. () HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - HGV (TERESINA)
06. () MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA - ROSA - MDEA (TERESINA)
07. () HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR GOV. DIRCEU ARCOVERDE - MPM (TERESINA)
08. (X) *VPA*



 Francisco Thyago Soares Enfermeiro CPF: 0158.659 OPEN: 01	RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL:	EQUIPE DE SOCORRISTAS: <input type="checkbox"/> USA <input checked="" type="checkbox"/> USB MÉDICO: _____ ENFERMEIRO: _____ TÉC. EM ENFERMAGEM: Cássia Ayres de Carvalho CONDUTOR: Mauro
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ESPAÇO PARA O REGISTRO DE SINAIS VITais DURANTE TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR

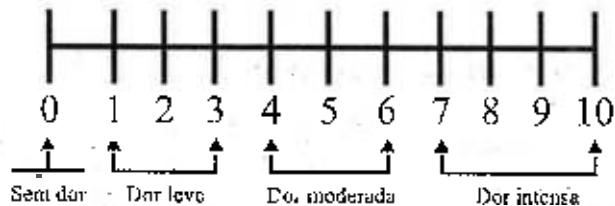
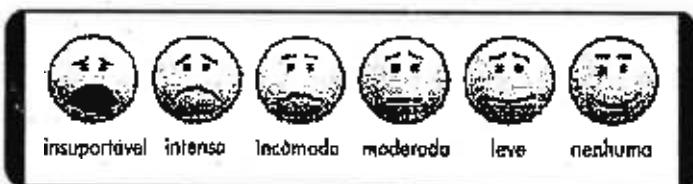
HORA: _____ - PA: _____ mmHg - SPO2: _____ % - PULSO: _____ bpm - Respiração: _____ rpm
Temperatura: _____ °C - Glasgow: _____

HORA: _____ - PA: _____ mmHg - SPO2: _____ % - PULSO: _____ bpm - Respiração: _____ rpm
Temperatura: _____ °C - Glasgow: _____

HORA: _____ - PA: _____ mmHg - SPO₂: _____ % - PULSO: _____ bpm - Respiração: _____ rpm
Temperatura: _____ °C - Glasgow: _____

HORA: ____ - ____ - PA: ____ mmHg - SPO2: ____ % - PULSO: ____ bpm - Respiração: ____ rpm
Temperatura: ____ °C - Glasgow: ____

ESCALA DE DOR:



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: 19/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WANDERSON SANTOS MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01383

CONTA: 00000062350-2

Nr. da Autenticação 902FDAA07128532B