

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.740/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-5  
Registro especial de impressão emitida pela SERAP 06/08

Nº da Nota Fiscal

011501720

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

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

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

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	323	Atual: 25/09/2018
Anterior:	278	Anterior: 24/08/2018
Constante de Multiplier:	1,000	Próxima leitura: 25/10/2018
Consumo Medido:	45	Emissão: 21/09/2018
Consumo Faturado:	45	Apresentação: 25/09/2018
	FCAM	
		32

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Módulo Medidor	Rota	Código Est.	Módulo 12 meses
R-1				1.1.1.1	20

HISTÓRICO kWh	Máximo consumo
AGO/18	17
JUL/18	10
JUN/18	2
MAI/18	4
ABR/18	4
MAR/18	5
FEV/18	6
JAN/18	9
DEZ/17	43
NOV/17	44
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 45 - R\$ 0,664030	

CONSUMO 45 A R\$ 0,639243 = 28,76  
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 4,07  
CORRECAO MONETARIA IG 07/18-00 0,15  
MULTA POR ATRASO 07/18-00 0,38  
JUROS DE INFLACAO 07/18-00 0,23  
ADICIONAL LAMPADA VERMELHA

**PAJ CORRETORA  
DE SEGUROS**  
07 NOV 2018

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade de medida para multa e suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 12/12/2018. O não pagamento por 30 dias consecutivos a inclusão do nome do consumidor no SERAP, não tendo efetuado o pagamento, favor desconsiderar este e.

LIGUE 0800 086 0800 E PAGA TUDO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 609B.9090.6DFB.20D1.D451.C8AF.0267.73CF

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

OEIRAS

07/2018

8,75

ROT: 67.477.17.37.065030

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.740/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

1367284-3

TOTAL A PAGAR - R\$

33,59

MÊS FATURADO

09/2018

VENCIMENTO

01/10/2018

Nº da Nota Fiscal:

011501720

FCAM

83650000000 2 33590017000 2 00000001367 2 28430918008 1



SEQ.: 00290 UC: 1367284-3 DT. LEIT.: 25/09/2018 T. ENTR.: 02  
LEITURA: 323 NORMAL TOTAL: 33,59 CARGA: A01  
DT. VENC.: 01/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 0842

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ  
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Belém - PA  
- CEP: 66051-900 Fone: (91) 321-101-1  
Fax: (91) 321-101-2 E-mail: atendimento@celpar.pa.gov.br  
Banco oficial de depósito: Banco do Brasil S.A. - Agência 00000000000000000000

1ª de Nela Flacil 012373363

4. Nela Flacil de Nela Flacil - 100% de Nela Flacil  
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002

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

DANYE MARTINS SILVA  
AV. DOM EXPEDITO LOPES 241 DEIRAS NOVA  
CPF: 00004640028342  
CPF: 04.500.000 - DEIRAS

RDT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 11870	Atual: 16/10/2018
Anterior: 11721	Anterior: 14/09/2018
Constante de Multiplicação: 1.000	Próxima Leitura: 16/11/2018
Consumo Medido: 149	Exatidão: 15/10/2018
Consumo Estimado: 149	Atualização: 16/10/2018
NORMA	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Nome/Endereço: [REDACTED]
Uso: [REDACTED]
Medidor: [REDACTED]
Relatório: [REDACTED]
Outros: [REDACTED]

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Consumo: 149 kWh	CONSUMO 149 A R\$ 0,894032 = 134,27
CONTR. ILUMINAÇÃO PÚB. (COSIP)	9,90
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	7,44

HISTÓRICO kWh
SET/18 140
AGO/18 151
JUL/18 125
JUN/18 138
MAI/18 140
ABR/18 124
MAR/18 122
FEV/18 120
JAN/18 127
DEZ/17 97

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
PA 119 - 0,000000

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Nes/Ano 09/2018
Valor R\$ 125,95
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2018, em função das contas reavistadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e/ou reavistada(s) no valor de R\$ 177,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar esta aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

07 NOV 2018

**DPVAT**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ  
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Belém - PA  
- CEP: 66051-900 Fone: (91) 321-101-1  
Fax: (91) 321-101-2 E-mail: atendimento@celpar.pa.gov.br  
Banco oficial de depósito: Banco do Brasil S.A. - Agência 00000000000000000000

1ª de Nela Flacil 012373363

4. Nela Flacil de Nela Flacil - 100% de Nela Flacil  
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002

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

DANYE MARTINS SILVA  
AV. DOM EXPEDITO LOPES 241 DEIRAS NOVA  
CPF: 00004640028342  
CPF: 04.500.000 - DEIRAS

RDT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 11870	Atual: 16/10/2018
Anterior: 11721	Anterior: 14/09/2018
Constante de Multiplicação: 1.000	Próxima Leitura: 16/11/2018
Consumo Medido: 149	Exatidão: 15/10/2018
Consumo Estimado: 149	Atualização: 16/10/2018
NORMA	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Uso	Atividade	Endereço	CPF	CPF
1185343-3	1185343-3	1185343-3	1185343-3	1185343-3	1185343-3

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Consumo: 149 A R\$ 0,834032 = 124,27	CONSUMO
CONTR. ILUMINAÇÃO PÚB. (COSIP) 9,90	CONTR. ILUMINAÇÃO PÚB. (COSIP)
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 7,44	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA

Mês/Ano	Valor R\$
SET/18	140
AGO/18	151
JUL/18	125
JUN/18	138
MAI/18	140
ABR/18	124
MAR/18	122
FEV/18	120
JAN/18	127
DEZ/17	97

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
PA 119 - 0,000000

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mês/Ano 09/2018	valor R\$ 125,95	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2018, em função das contas reavistadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar, também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e/ou reavistada(s) no valor de R\$ 177,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25		

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

07 NOV 2018

**DPVAT**

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<sup>1</sup> 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, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<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 ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu RANGERE MARTINS SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 016.400.283, 42  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário WANDERSON SANTOS MORAIS inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 046.400.283, 42, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
WANDERSON SANTOS MORAIS inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.401.723, 54, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: PROCURADOR Renda: RECUZO 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 <u>AV. DOM. EXPEDITO LOPES</u>		Número <u>211</u>	Complemento <u>— / —</u>
Bairro <u>JEREMINHA</u>	Cidade <u>DEZAS</u>	Estado <u>PAV</u>	CEP <u>64500-000</u>
Email <u>—</u>	Telefone comercial(DDD) <u>—</u>	Telefone celular (DDD) <u>89-99408-3583</u>	

Dezas 29 de OUTUBRO de 2018  
Local e Data

Rangere Martins Llo  
Assinatura do Declarante



4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos  
Rua Miguel Oliveira, 285 - Centro - Oeiras - PI - (06699) 3462-1251 / 9402-9315  
e-mail: cartorio@oeiraspi.pi.gov.br

RECEBEMOS PER AUTENTICIDADE DE FIMAS DE: PELO TOME DE PELO e  
VALDECI MOURA BORGES DOU FE. EM TEST. PELO DA VERDADE.  
DE RAS-PI.25/10/2018. Emol.:7,42 TJ:1,48 Selos:0,52 Total:9,42  
Selo:ABJ.31229 ABJ.31230 (F30P33)

Elisângela Moura de Sá Simões  
ELISÂNGELA MOURA DE SA SIMÕES ESCRIVENTE AUTORIZADA

☐ ELISÂNGELA DE CARVALHO SA E FREITAS - TABELA ☐ ELISÂNGELA MOURA DE SA E MOURA ☒ ELISÂNGELA MOURA DE SA INQUILINA

Veículo: PAF - Motociclo  
Modelo: Honda - NXR-150 - Bros - Ef  
Ano: 2011  
Placa: WLV-6062  
Chassi: 9C2KD0550 BR552657  
Data do Acidente: 24-12-2017  
Local e Data: 24-12-2017, na Av. R

Assinatura do Declarante

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

07 NOV 2018

DPVAT

Original



# HRDC

## HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

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

CEP: 64.500-000

CNPJ: 06.553.564/0013-71

### BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Wanderlan Santos Moura

DATA DE NASCIMENTO

19/07/1900

PROFISSÃO

SEXO:

MASC.: ☒

FEM.: ☐

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE:

RG: 4.194.960 11/03/15 SS P/PI

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

CPF: 064.701.723-54

RAÇA / COR:

BRANCA ☐

PRETA ☐

AMARELA ☐

PARDA ☐

INDÍGENA ☐

SEM INFORMAÇÃO ☐

PAJ CORRETORA  
DE SEGUROS

07 NOV 2018

FILIAÇÃO:

PAI:

Vitor de Oliveira Borges

MÃE:

Maria Francisca (de Maria Borges) de Sousa Santos

DPVAT

ENDEREÇO:

Rua Parquetada

S/N

Bairro: Rodagem Picos

MUNICÍPIO:

Oeiras Piau

ESTADO:

PI

CEP:

64500-000

#### DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA:

24 / 12 / 2019

HORA:

11:36

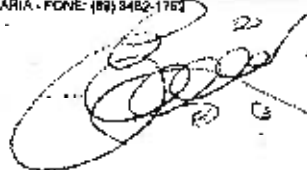
#### MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente encaminhado pelo serviço de atenção veterinária de emergência, com uso de antipirético, que não de efeito, devido a uma lesão de compressão, segue sob observação em uma clínica particular de dor intensa sob suporte sintomático. PA: 147/89 mmHg SATO: 92% HCT: 12,5 g/dl





P.A	PULSO	TEMP	BCPM	SpO2
<b>DIAGNÓSTICO</b>				
CID 10		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>				
TERAPIA MEDICAMENTOSA <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"/>		
<b>TRATAMENTOS REALIZADOS</b>				
(1) DITA ZS20 (2) tramal 100mg - OFA + 100ml S.F.O, 9%, 5V, lento! 14.1.16 (3) Solicito Retina Radiológica P/ Atendimento ao Politrumfizado.				
<b>EXAMES REALIZADOS</b>				
RX evidenciando fratura na epifise proximal de fêmur direito.				
<b>OUTROS</b>				
ASSINATURA E Nº DO COREN DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM				
ASSINATURA E CBO DO MÉDICO ASSISTENTE				
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL				

  
**Emanuel Fraposo Proga**  
 MÉDICO  
 CRM-PI 6320

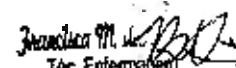
Téc. 123 89 1011  
 Cel. 975.8654



**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Wanderson Santos Moura

ALA: PS ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: 25/12/17

M A N H A		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		Realizada Tala inguino pedálica sendo utilizada atadura crepom apurada, algodão auto-adesivo.	 Jucelene M. de B. Téc. Enfermagem COREN - PI: 703457
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

T A R D E		DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
			PJ CORRETORA DE SEGUROS  07 NOV 2018  <b>DRVAT</b>
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

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



March 27

**PRESCRIÇÃO MÉDICA - UPA 24h**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**ENFERMARIA:**

**LEITO:**

**Nº PRONTUÁRIO:**

## HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

**OBSERVAÇÕES**

2

1/2

Expenditure for AD (C)

$$2F + AD(1|2)$$

$\frac{1}{x^2} = x^{-2}$

121116 205

100/13

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*[Handwritten notes on lined paper, partially obscured by a ruler.]*

ENFERMEIRA  
COREN-PI 485.537



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



NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA: 04 LEITO: 39 Nº PRONTUÁRIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

35,1/117/64 = 120/80 mmHg  
T = 37,4°C  
Remissão Farmacológica Sina

20:30h Sd. 110/70 mmHg, 102/36°C  
P. 104/min 122/74%  
COOP. 10/10



[illegible]



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

NOME DO PACIENTE:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº PRONTUÁRIO:
Wanderley Santos Moura	CH	48	
DATA DE NASCIMENTO: 19/11/1977			
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
19/11/77	1. Evolução bem		
20/11/77	2. Dito evoluiu bem		
	3. Testes laboratoriais		
	4. Hemograma - normal		
	5. 12/11/77		
	6. Coeficiente de hematócrito		
	7. Diálise - normal		
	8. 12/11/77		
	9. TAA > 137,8 - C		
	10. Lignocaina 500 mg IV, SC		
	11. 12/11/77		
	12. Tratamento - normal		
	13. 12/11/77		
	14. 12/11/77		
	15. 12/11/77		
	16. 12/11/77		
	17. 12/11/77		
	18. 12/11/77		
	19. 12/11/77		
	20. 12/11/77		
	21. 12/11/77		
	22. 12/11/77		
	23. 12/11/77		
	24. 12/11/77		
	25. 12/11/77		
	26. 12/11/77		
	27. 12/11/77		
	28. 12/11/77		
	29. 12/11/77		
	30. 12/11/77		
	31. 12/11/77		
	32. 12/11/77		
	33. 12/11/77		
	34. 12/11/77		
	35. 12/11/77		
	36. 12/11/77		
	37. 12/11/77		
	38. 12/11/77		
	39. 12/11/77		
	40. 12/11/77		
	41. 12/11/77		
	42. 12/11/77		
	43. 12/11/77		
	44. 12/11/77		
	45. 12/11/77		
	46. 12/11/77		
	47. 12/11/77		
	48. 12/11/77		
	49. 12/11/77		
	50. 12/11/77		
	51. 12/11/77		
	52. 12/11/77		
	53. 12/11/77		
	54. 12/11/77		
	55. 12/11/77		
	56. 12/11/77		
	57. 12/11/77		
	58. 12/11/77		
	59. 12/11/77		
	60. 12/11/77		
	61. 12/11/77		
	62. 12/11/77		
	63. 12/11/77		
	64. 12/11/77		
	65. 12/11/77		
	66. 12/11/77		
	67. 12/11/77		
	68. 12/11/77		
	69. 12/11/77		
	70. 12/11/77		
	71. 12/11/77		
	72. 12/11/77		
	73. 12/11/77		
	74. 12/11/77		
	75. 12/11/77		
	76. 12/11/77		
	77. 12/11/77		
	78. 12/11/77		
	79. 12/11/77		
	80. 12/11/77		
	81. 12/11/77		
	82. 12/11/77		
	83. 12/11/77		
	84. 12/11/77		
	85. 12/11/77		
	86. 12/11/77		
	87. 12/11/77		
	88. 12/11/77		
	89. 12/11/77		
	90. 12/11/77		
	91. 12/11/77		
	92. 12/11/77		
	93. 12/11/77		
	94. 12/11/77		
	95. 12/11/77		
	96. 12/11/77		
	97. 12/11/77		
	98. 12/11/77		

# LABORATÓRIO - HOSPITALAR REGIONAL DEOLINDO COUTO

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

NOME: Wanderson Santos Moura DATA: 02-01-18  
IDADE: 39-01-2000  
Dr.(a): Pucallane Rego

## HEMOGRAMA

Hemácias 3.84 mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina 12.1 g%  
Hematócrito 36.2 %  
Leucócitos 8400 por / mm<sup>3</sup>

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

OBS

T. Coagulação \_\_\_\_\_ G. Sanguíneo \_\_\_\_\_  
T. Sangramento \_\_\_\_\_ Fator Rh \_\_\_\_\_  
Plaquetas 333.000/mm<sup>3</sup> F. Du. \_\_\_\_\_

## SUMÁRIO DE URINA

Volume 40,0 ml Densidade 1.020  
Reação ácida PH 6.0  
Cor Amerelo Aspecto límpido

## ANÁLISE QUALITATIVA

Albumina + Glicose \_\_\_\_\_  
Corpos cetônicos \_\_\_\_\_ Bilirrubina \_\_\_\_\_  
Hemoglobina \_\_\_\_\_ Urobilinogênio \_\_\_\_\_  
Sais Biliares \_\_\_\_\_ Nitritos \_\_\_\_\_

## SEDIMENTOSCOPIA

Cal. Epiteliais Nenhum Piócitos Raros  
Hemácias 1-2 p/ campo Muco presente  
Bactérias Móveis \_\_\_\_\_ Cristais oxalato de cálcio (+)

OBS: Crateres amarelos (+)

## 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"/> Ancistomídeos           | <input type="checkbox"/> Schistosoma Mansonii      |
| <input type="checkbox"/> Ascaris Lumbricoídes    | <input type="checkbox"/> Strongiloides Stercorales |
| <input type="checkbox"/> Enterobius Vermicularis | <input type="checkbox"/> Taenia s.p.               |
| <input type="checkbox"/> Himenolepis Diminuta    | <input type="checkbox"/> Trichuris Trichiura       |
| <input type="checkbox"/> Himenolepis Nana        |                                                    |

## PROTOZOÁRIOS

- ☐ Entamoeba Coli  
☐ Entamoeba Histolytica  
☐ Giardia Lamblia  
☐ AMOSTRA NEGATIVA

BIOQUÍMICO (A) RESPONSÁVEL





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

[illegible]



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



NOME DO PACIENTE: <u>Wanderley Soares Infante</u>		ENFERMARIA: <u>04</u>	LEITO: <u>12</u>	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: <u>19/07/1980</u>				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
			OBSERVAÇÕES:	
	<u>11070 11070</u>		<u>11070 11070 11070 11070</u>	
	<u>12070 12070</u>		<u>12070 12070 12070 12070</u>	
	<u>13070 13070</u>		<u>13070 13070 13070 13070</u>	
	<u>14070 14070</u>		<u>14070 14070 14070 14070</u>	
	<u>15070 15070</u>		<u>15070 15070 15070 15070</u>	
	<u>16070 16070</u>		<u>16070 16070 16070 16070</u>	
	<u>17070 17070</u>		<u>17070 17070 17070 17070</u>	
	<u>18070 18070</u>		<u>18070 18070 18070 18070</u>	
	<u>19070 19070</u>		<u>19070 19070 19070 19070</u>	
	<u>20070 20070</u>		<u>20070 20070 20070 20070</u>	
	<u>21070 21070</u>		<u>21070 21070 21070 21070</u>	
	<u>22070 22070</u>		<u>22070 22070 22070 22070</u>	
	<u>23070 23070</u>		<u>23070 23070 23070 23070</u>	
	<u>24070 24070</u>		<u>24070 24070 24070 24070</u>	
	<u>25070 25070</u>		<u>25070 25070 25070 25070</u>	
	<u>26070 26070</u>		<u>26070 26070 26070 26070</u>	
	<u>27070 27070</u>		<u>27070 27070 27070 27070</u>	
	<u>28070 28070</u>		<u>28070 28070 28070 28070</u>	
	<u>29070 29070</u>		<u>29070 29070 29070 29070</u>	
	<u>30070 30070</u>		<u>30070 30070 30070 30070</u>	
	<u>31070 31070</u>		<u>31070 31070 31070 31070</u>	
	<u>32070 32070</u>		<u>32070 32070 32070 32070</u>	
	<u>33070 33070</u>		<u>33070 33070 33070 33070</u>	
	<u>34070 34070</u>		<u>34070 34070 34070 34070</u>	
	<u>35070 35070</u>		<u>35070 35070 35070 35070</u>	
	<u>36070 36070</u>		<u>36070 36070 36070 36070</u>	
	<u>37070 37070</u>		<u>37070 37070 37070 37070</u>	
	<u>38070 38070</u>		<u>38070 38070 38070 38070</u>	
	<u>39070 39070</u>		<u>39070 39070 39070 39070</u>	
	<u>40070 40070</u>		<u>40070 40070 40070 40070</u>	
	<u>41070 41070</u>		<u>41070 41070 41070 41070</u>	
	<u>42070 42070</u>		<u>42070 42070 42070 42070</u>	
	<u>43070 43070</u>		<u>43070 43070 43070 43070</u>	
	<u>44070 44070</u>		<u>44070 44070 44070 44070</u>	
	<u>45070 45070</u>		<u>45070 45070 45070 45070</u>	
	<u>46070 46070</u>		<u>46070 46070 46070 46070</u>	
	<u>47070 47070</u>		<u>47070 47070 47070 47070</u>	
	<u>48070 48070</u>		<u>48070 48070 48070 48070</u>	
	<u>49070 49070</u>		<u>49070 49070 49070 49070</u>	
	<u>50070 50070</u>		<u>50070 50070 50070 50070</u>	
	<u>51070 51070</u>		<u>51070 51070 51070 51070</u>	
	<u>52070 52070</u>		<u>52070 52070 52070 52070</u>	
	<u>53070 53070</u>		<u>53070 53070 53070 53070</u>	
	<u>54070 54070</u>		<u>54070 54070 54070 54070</u>	
	<u>55070 55070</u>		<u>55070 55070 55070 55070</u>	
	<u>56070 56070</u>		<u>56070 56070 56070 56070</u>	
	<u>57070 57070</u>		<u>57070 57070 57070 57070</u>	
	<u>58070 58070</u>		<u>58070 58070 58070 58070</u>	
	<u>59070 59070</u>		<u>59070 59070 59070 59070</u>	
	<u>60070 60070</u>		<u>60070 60070 60070 60070</u>	
	<u>61070 61070</u>		<u>61070 61070 61070 61070</u>	
	<u>62070 62070</u>		<u>62070 62070 62070 62070</u>	
	<u>63070 63070</u>		<u>63070 63070 63070 63070</u>	
	<u>64070 64070</u>		<u>64070 64070 64070 64070</u>	
	<u>65070 65070</u>		<u>65070 65070 65070 65070</u>	
	<u>66070 66070</u>		<u>66070 66070 66070 66070</u>	
	<u>67070 67070</u>		<u>67070 67070 67070 67070</u>	
	<u>68070 68070</u>		<u>68070 68070 68070 68070</u>	
	<u>69070 69070</u>		<u>69070 69070 69070 69070</u>	
	<u>70070 70070</u>		<u>70070 70070 70070 70070</u>	
	<u>71070 71070</u>		<u>71070 71070 71070 71070</u>	
	<u>72070 72070</u>		<u>72070 72070 72070 72070</u>	
	<u>73070 73070</u>		<u>73070 73070 73070 73070</u>	
	<u>74070 74070</u>		<u>74070 74070 74070 74070</u>	
	<u>75070 75070</u>		<u>75070 75070 75070 75070</u>	
	<u>76070 76070</u>		<u>76070 76070 76070 76070</u>	
	<u>77070 77070</u>		<u>77070 77070 77070 77070</u>	
	<u>78070 78070</u>		<u>78070 78070 78070 78070</u>	
	<u>79070 79070</u>		<u>79070 79070 79070 79070</u>	
	<u>80070 80070</u>		<u>80070 80070 80070 80070</u>	
	<u>81070 81070</u>		<u>81070 81070 81070 81070</u>	
	<u>82070 82070</u>		<u>82070 82070 82070 82070</u>	
	<u>83070 83070</u>		<u>83070 83070 83070 83070</u>	
	<u>84070 84070</u>		<u>84070 84070 84070 84070</u>	
	<u>85070 85070</u>		<u>85070 85070 85070 85070</u>	
	<u>86070 86070</u>		<u>86070 86070 86070 86070</u>	
	<u>87070 87070</u>		<u>87070 87070 87070 87070</u>	
	<u>88070 88070</u>		<u>88070 88070 88070 88070</u>	
	<u>89070 89070</u>		<u>89070 89070 89070 89070</u>	
	<u>90070 90070</u>		<u>90070 90070 90070 90070</u>	
	<u>91070 91070</u>		<u>91070 91070 91070 91070</u>	
	<u>92070 92070</u>		<u>92070 92070 92070 92070</u>	
	<u>93070 93070</u>		<u>93070 93070 93070 93070</u>	
	<u>94070 94070</u>		<u>94070 94070 94070 94070</u>	
	<u>95070 95070</u>		<u>95070 95070 95070 95070</u>	
	<u>96070 96070</u>		<u>96070 96070 96070 96070</u>	
	<u>97070 97070</u>		<u>97070 97070 97070 97070</u>	
	<u>98070 98070</u>		<u>98070 98070 98070 98070</u>	
	<u>99070 99070</u>		<u>99070 99070 99070 99070</u>	
	<u>100070 100070</u>		<u>100070 100070 100070 100070</u>	



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



NOME DO PACIENTE: <u>Marcelino Santos Moura</u>		ENFERMARIA: <u>04</u>	LEITO: <u>12</u>	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: <u>19/01/2000</u>				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
<u>30/12</u>	<u>ATCETA 4x175</u>			<u>Atceta 4x175 - 30.12.20</u>
<u>31/12</u>	<u>glicose SA 171x120x8</u>			<u>glicose SA 171x120x8 - 31.12.20</u>
<u>01/01</u>	<u>licorizina 500mg</u>			<u>licorizina 500mg - 01.01.21</u>
<u>02/01</u>	<u>SC 72x125</u>			<u>SC 72x125 - 02.01.21</u>
<u>03/01</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 03.01.21</u>
<u>04/01</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 04.01.21</u>
<u>05/01</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 05.01.21</u>
<u>06/01</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 06.01.21</u>
<u>07/01</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 07.01.21</u>
<u>08/01</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 08.01.21</u>
<u>09/01</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 09.01.21</u>
<u>10/01</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 10.01.21</u>
<u>11/01</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 11.01.21</u>
<u>12/01</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 12.01.21</u>
<u>13/01</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 13.01.21</u>
<u>14/01</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 14.01.21</u>
<u>15/01</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 15.01.21</u>
<u>16/01</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 16.01.21</u>
<u>17/01</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 17.01.21</u>
<u>18/01</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 18.01.21</u>
<u>19/01</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 19.01.21</u>
<u>20/01</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 20.01.21</u>
<u>21/01</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 21.01.21</u>
<u>22/01</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 22.01.21</u>
<u>23/01</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 23.01.21</u>
<u>24/01</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 24.01.21</u>
<u>25/01</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 25.01.21</u>
<u>26/01</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 26.01.21</u>
<u>27/01</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 27.01.21</u>
<u>28/01</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 28.01.21</u>
<u>29/01</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 29.01.21</u>
<u>30/01</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 30.01.21</u>
<u>31/01</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 31.01.21</u>
<u>01/02</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 01.02.21</u>
<u>02/02</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 02.02.21</u>
<u>03/02</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 03.02.21</u>
<u>04/02</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 04.02.21</u>
<u>05/02</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 05.02.21</u>
<u>06/02</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 06.02.21</u>
<u>07/02</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 07.02.21</u>
<u>08/02</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 08.02.21</u>
<u>09/02</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 09.02.21</u>
<u>10/02</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 10.02.21</u>
<u>11/02</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 11.02.21</u>
<u>12/02</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 12.02.21</u>
<u>13/02</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 13.02.21</u>
<u>14/02</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 14.02.21</u>
<u>15/02</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 15.02.21</u>
<u>16/02</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 16.02.21</u>
<u>17/02</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 17.02.21</u>
<u>18/02</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 18.02.21</u>
<u>19/02</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 19.02.21</u>
<u>20/02</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 20.02.21</u>
<u>21/02</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 21.02.21</u>
<u>22/02</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 22.02.21</u>
<u>23/02</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 23.02.21</u>
<u>24/02</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 24.02.21</u>
<u>25/02</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 25.02.21</u>
<u>26/02</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 26.02.21</u>
<u>27/02</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 27.02.21</u>
<u>28/02</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 28.02.21</u>
<u>29/02</u>	<u>TI 100x75x40</u>			<u>TI 100x75x40 - 29.02.21</u>
<u>30/02</u>	<u>12x125</u>			<u>12x125 - 30.02.21</u>
<u>31/02</u>	<u>DI prout 4x100 - 150</u>			<u>DI prout 4x100 - 150 - 31.02.21</u>



PIAUI  
GOVERNO DO ESTADO

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



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
UPA 24h

NOME DO PACIENTE: <u>Wenderson Santos</u>		ENFERMARIA: <u>04</u>	LEITO: <u>02</u>	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: <u>09/10/2011</u>				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
29/12/18	# 62 Juv de I.H por patologia de tórax D.			do tórax 11/12/18? comp. p. tórax
				11/12/18
				Laysa Rafaela Alves Torres Araújo Téc. Enfermagem COREN: 1225220
	1. Dor no abd. Vm			09.10.18 PA = 100 x 60 mmHg
	2. refluxo gastroesofágico			TA = 36,5 x 17 - Graus 100mm
	3. Afonia - 01 amp + AD 30, 60h			12.58. Exatidão no 6º DTH
	4. Tórax 100mm - 01 amp + 100mm			consciente, orientado
	be 500.3% 100 (12/12) ACM			basico em repouso nasal
	5. biacromia 5000 x 100mm - 01 amp			dequie com imobiliz. 20%
	SC 02112h.			em NID. Acute a dieter.
	6. 3500 x 2236			Eliminações (+) (510)
	7. Aguda Cansa de 100mm.			Aguda 100mm pela
				200mm (100mm)
				Data de Nascimento
				COREN: 1225220
				16.50 PA = 100mmHg
				TA = 37.2
				21.04h. PA = 100 x 70 mmHg
				TA = 36,2°C
				Jaiane Barbosa S. Santos Téc. Enfermagem COREN: PI 834.351





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



NOME DO PACIENTE: Wanderlan Sampaio Barbosa		ENFERMARIA: 04	LEITO: 12	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: 01/08/1990				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
28/08	1) Enolando 1 litro D			6:40 - PA 110x80 mmHg Cap. 36, 3
29/08	1) Diálise nel line			11:20 Diálise concluída: em inter. lavas, desobstruída com auxílios, com dificuldade de em conciliar o sono, recito de ita. com insa, biligeia em MID, Aguar- da para o diagnóstico.
30/08	2) Insulina administrada			10:00 PA 110x80 mmHg P. 111/70/60
31/08	3) Repetição de 1 litro + AD e V 6/6 h			14:00 PA 100x60 mmHg 10x 36,8 (1) CP
01/09	4) Insulina 100 - 100 - 500			Justiça Coutinho da Silva Téc. de Enfermagem COREN-PI 460.751
02/09	5) Insulina 5000051225-1 50			
03/09	6) Dexametasona 10ml + AD e V			
04/09	7) Dexametasona 10ml + AD e V			
05/09	8) Dexametasona 10ml + AD e V			
06/09	9) Dexametasona 10ml + AD e V			
07/09	10) Dexametasona 10ml + AD e V			
08/09	11) Dexametasona 10ml + AD e V			
09/09	12) Dexametasona 10ml + AD e V			
10/09	13) Dexametasona 10ml + AD e V			
11/09	14) Dexametasona 10ml + AD e V			
12/09	15) Dexametasona 10ml + AD e V			
13/09	16) Dexametasona 10ml + AD e V			
14/09	17) Dexametasona 10ml + AD e V			
15/09	18) Dexametasona 10ml + AD e V			
16/09	19) Dexametasona 10ml + AD e V			
17/09	20) Dexametasona 10ml + AD e V			
18/09	21) Dexametasona 10ml + AD e V			
19/09	22) Dexametasona 10ml + AD e V			
20/09	23) Dexametasona 10ml + AD e V			
21/09	24) Dexametasona 10ml + AD e V			
22/09	25) Dexametasona 10ml + AD e V			
23/09	26) Dexametasona 10ml + AD e V			
24/09	27) Dexametasona 10ml + AD e V			
25/09	28) Dexametasona 10ml + AD e V			
26/09	29) Dexametasona 10ml + AD e V			
27/09	30) Dexametasona 10ml + AD e V			
28/09	31) Dexametasona 10ml + AD e V			
29/09	32) Dexametasona 10ml + AD e V			
30/09	33) Dexametasona 10ml + AD e V			
01/10	34) Dexametasona 10ml + AD e V			
02/10	35) Dexametasona 10ml + AD e V			
03/10	36) Dexametasona 10ml + AD e V			
04/10	37) Dexametasona 10ml + AD e V			
05/10	38) Dexametasona 10ml + AD e V			
06/10	39) Dexametasona 10ml + AD e V			
07/10	40) Dexametasona 10ml + AD e V			
08/10	41) Dexametasona 10ml + AD e V			
09/10	42) Dexametasona 10ml + AD e V			
10/10	43) Dexametasona 10ml + AD e V			
11/10	44) Dexametasona 10ml + AD e V			
12/10	45) Dexametasona 10ml + AD e V			
13/10	46) Dexametasona 10ml + AD e V			
14/10	47) Dexametasona 10ml + AD e V			
15/10	48) Dexametasona 10ml + AD e V			
16/10	49) Dexametasona 10ml + AD e V			
17/10	50) Dexametasona 10ml + AD e V			
18/10	51) Dexametasona 10ml + AD e V			
19/10	52) Dexametasona 10ml + AD e V			
20/10	53) Dexametasona 10ml + AD e V			
21/10	54) Dexametasona 10ml + AD e V			
22/10	55) Dexametasona 10ml + AD e V			
23/10	56) Dexametasona 10ml + AD e V			
24/10	57) Dexametasona 10ml + AD e V			
25/10	58) Dexametasona 10ml + AD e V			
26/10	59) Dexametasona 10ml + AD e V			
27/10	60) Dexametasona 10ml + AD e V			
28/10	61) Dexametasona 10ml + AD e V			
29/10	62) Dexametasona 10ml + AD e V			
30/10	63) Dexametasona 10ml + AD e V			
31/10	64) Dexametasona 10ml + AD e V			
01/11	65) Dexametasona 10ml + AD e V			
02/11	66) Dexametasona 10ml + AD e V			
03/11	67) Dexametasona 10ml + AD e V			
04/11	68) Dexametasona 10ml + AD e V			
05/11	69) Dexametasona 10ml + AD e V			
06/11	70) Dexametasona 10ml + AD e V			
07/11	71) Dexametasona 10ml + AD e V			
08/11	72) Dexametasona 10ml + AD e V			
09/11	73) Dexametasona 10ml + AD e V			
10/11	74) Dexametasona 10ml + AD e V			
11/11	75) Dexametasona 10ml + AD e V			
12/11	76) Dexametasona 10ml + AD e V			
13/11	77) Dexametasona 10ml + AD e V			
14/11	78) Dexametasona 10ml + AD e V			
15/11	79) Dexametasona 10ml + AD e V			
16/11	80) Dexametasona 10ml + AD e V			
17/11	81) Dexametasona 10ml + AD e V			
18/11	82) Dexametasona 10ml + AD e V			
19/11	83) Dexametasona 10ml + AD e V			
20/11	84) Dexametasona 10ml + AD e V			
21/11	85) Dexametasona 10ml + AD e V			
22/11	86) Dexametasona 10ml + AD e V			
23/11	87) Dexametasona 10ml + AD e V			
24/11	88) Dexametasona 10ml + AD e V			
25/11	89) Dexametasona 10ml + AD e V			
26/11	90) Dexametasona 10ml + AD e V			
27/11	91) Dexametasona 10ml + AD e V			
28/11	92) Dexametasona 10ml + AD e V			
29/11	93) Dexametasona 10ml + AD e V			
30/11	94) Dexametasona 10ml + AD e V			
01/12	95) Dexametasona 10ml + AD e V			
02/12	96) Dexametasona 10ml + AD e V			
03/12	97) Dexametasona 10ml + AD e V			
04/12	98) Dexametasona 10ml + AD e V			
05/12	99) Dexametasona 10ml + AD e V			
06/12	100) Dexametasona 10ml + AD e V			
07/12	101) Dexametasona 10ml + AD e V			
08/12	102) Dexametasona 10ml + AD e V			
09/12	103) Dexametasona 10ml + AD e V			
10/12	104) Dexametasona 10ml + AD e V			
11/12	105) Dexametasona 10ml + AD e V			
12/12	106) Dexametasona 10ml + AD e V			
13/12	107) Dexametasona 10ml + AD e V			
14/12	108) Dexametasona 10ml + AD e V			
15/12	109) Dexametasona 10ml + AD e V			
16/12	110) Dexametasona 10ml + AD e V			
17/12	111) Dexametasona 10ml + AD e V			
18/12	112) Dexametasona 10ml + AD e V			
19/12	113) Dexametasona 10ml + AD e V			
20/12	114) Dexametasona 10ml + AD e V			
21/12	115) Dexametasona 10ml + AD e V			
22/12	116) Dexametasona 10ml + AD e V			
23/12	117) Dexametasona 10ml + AD e V			
24/12	118) Dexametasona 10ml + AD e V			
25/12	119) Dexametasona 10ml + AD e V			
26/12	120) Dexametasona 10ml + AD e V			
27/12	121) Dexametasona 10ml + AD e V			
28/12	122) Dexametasona 10ml + AD e V			
29/12	123) Dexametasona 10ml + AD e V			
30/12	124) Dexametasona 10ml + AD e V			
31/12	125) Dexametasona 10ml + AD e V			

Laysa Rafaela Alves Torres Araújo  
Téc. Enfermagem  
COREN-PI 1295220



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



**DIFFERENTIAL INTRACELLULAR**

**UPA 24h**

OLNOMKREVELS OLANOHN. I. KLEPURA

[illegible]



ala "A"

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



PIAUI  
GOV. DO ESTADO

NOME DO PACIENTE: <u>Wanderson Carlos Jansen</u>		ENFERMARIA: <u>04</u>	LEITO: <u>12</u>	Nº PRONTUÁRIO: <u>12</u>
DATA DE NASCIMENTO: <u>19/01/2000</u>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
	<u>A. Fartura no t.t.c. e v.d.</u>	<u>14:00 25/12/17</u>	<u>Ap. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858. 859. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867. 868. 869. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876. 877. 878. 879. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 890. 891. 892. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 900. 901. 902. 903. 904. 905. 906. 907. 908. 909. 910. 911. 912. 913. 914. 915. 916. 917. 918. 919. 920. 921. 922. 923. 924. 925. 926. 927. 928. 929. 930. 931. 932. 933. 934. 935. 936. 937. 938. 939. 940. 941. 942. 943. 944. 945. 946. 947. 948. 949. 950. 951. 952. 953. 954. 955. 956. 957. 958. 959. 960. 961. 962. 963. 964. 965. 966. 967. 968. 969. 970. 971. 972. 973. 974. 975. 976. 977. 978. 979. 980. 981. 982. 983. 984. 985. 986. 987. 988. 989. 990. 991. 992. 993. 994. 995. 996. 997. 998. 999. 1000. 1001. 1002. 1003. 1004. 1005. 1006. 1007. 1008. 1009. 1010. 1011. 1012. 1013. 1014. 1015. 1016. 1017. 1018. 1019. 1020. 1021. 1022. 1023. 1024. 1025. 1026. 1027. 1028. 1029. 1030. 1031. 1032. 1033. 1034. 1035. 1036. 1037. 1038. 1039. 1040. 1041. 1042. 1043. 1044. 1045. 1046. 1047. 1048. 1049. 1050. 1051. 1052. 1053. 1054. 1055. 1056. 1057. 1058. 1059. 1060. 1061. 1062. 1063. 1064. 1065. 1066. 1067. 1068. 1069. 1070. 1071. 1072. 1073. 1074. 1075. 1076. 1077. 1078. 1079. 1080. 1081. 1082. 1083. 1084. 1085. 1086. 1087. 1088. 1089. 1090. 1091. 1092. 1093. 1094. 1095. 1096. 1097. 1098. 1099. 1100. 1101. 1102. 1103. 1104. 1105. 1106. 1107. 1108. 1109. 1110. 1111. 1112. 1113. 1114. 1115. 1116. 1117. 1118. 1119. 1120. 1121. 1122. 1123. 1124. 1125. 1126. 1127. 1128. 1129. 1130. 1131. 1132. 1133. 1134. 1135. 1136. 1137. 1138. 1139. 1140. 1141. 1142. 1143. 1144. 1145. 1146. 1147. 1148. 1149. 1150. 1151. 1152. 1153. 1154. 1155. 1156. 1157. 1158. 1159. 1160. 1161. 1162. 1163. 1164. 1165. 1166. 1167. 1168. 1169. 1170. 1171. 1172. 1173. 1174. 1175. 1176. 1177. 1178. 1179. 1180. 1181. 1182. 1183. 1184. 1185. 1186. 1187. 1188. 1189. 1190. 1191. 1192. 1193. 1194. 1195. 1196. 1197. 1198. 1199. 1200. 1201. 1202. 1203. 1204. 1205. 1206. 1207. 1208. 1209. 1210. 1211. 1212. 1213. 1214. 1215. 1216. 1217. 1218. 1219. 1220. 1221. 1222. 1223. 1224. 1225. 1226. 1227. 1228. 1229. 1230. 1231. 1232. 1233. 1234. 1235. 1236. 1237. 1238. 1239. 1240. 1241. 1242. 1243. 1244. 1245. 1246. 1247. 1248. 1249. 1250. 1251. 1252. 1253. 1254. 1255. 1256. 1257. 1258. 1259. 1260. 1261. 1262. 1263. 1264. 1265. 1266. 1267. 1268. 1269. 1270. 1271. 1272. 1273. 1274. 1275. 1276. 1277. 1278. 1279. 1280. 1281. 1282. 1283. 1284. 1285. 1286. 1287. 1288. 1289. 1290. 1291. 1292. 1293. 1294. 1295. 1296. 1297. 1298. 1299. 1300. 1301. 1302. 1303. 1304. 1305. 1306. 1307. 1308. 1309. 1310. 1311. 1312. 1313. 1314. 1315. 1316. 1317. 1318. 1319. 1320. 1321. 1322. 1323. 1324. 1325. 1326. 1327. 1328. 1329. 1330. 1331. 1332. 1333. 1334. 1335. 1336. 1337. 1338. 1339. 1340. 1341. 1342. 1343. 1344. 1345. 1346. 1347. 1348. 1349. 1350. 1351. 1352. 1353. 1354. 1355. 1356. 1357. 1358. 1359. 1360. 1361. 1362. 1363. 1364. 1365. 1366. 1367. 1368. 1369. 1370. 1371. 1372. 1373. 1374. 1375. 1376. 1377. 1378. 1379. 1380. 1381. 1382. 1383. 1384. 1385. 1386. 1387. 1388. 1389. 1390. 1391. 1392. 1393. 1394. 1395. 1396. 1397. 1398. 1399. 1400. 1401. 1402. 1403. 1404. 1405. 1406. 1407. 1408. 1409. 1410. 1411. 1412. 1413. 1414. 1415. 1416. 1417. 1418. 1419. 1420. 1421. 1422. 1423. 1424. 1425. 1426. 1427. 1428. 1429. 1430. 1431. 1432. 1433. 1434. 1435. 1436. 1437. 1438. 1439. 1440. 1441. 1442. 1443. 1444. 1445. 1446. 1447. 1448. 1449. 1450. 1451. 1452. 1453. 1454. 1455. 1456. 1457. 1458. 1459. 1460. 1461. 1462. 1463. 1464. 1465. 1466. 1467. 1468. 1469. 1470. 1471. 1472. 1473. 1474. 1475. 1476. 1477. 1478. 1479. 1480. 1481. 1482. 1483. 1484. 1485. 1486. 1487. 1488. 1489. 1490. 1491. 1492. 1493. 1494. 1495. 1496. 1497. 1498. 1499. 1500. 1501. 1502. 1503. 1504. 1505. 1506. 1507. 1508. 1509. 1510. 1511. 1512. 1513. 1514. 1515. 1516. 1517. 1518. 1519. 1520. 1521. 1522. 1523. 1524. 1525. 1526. 1527. 1528. 1529. 1530. 1531. 1532. 1533. 1534. 1535. 1536. 1537. 1538. 1539. 1540. 1541. 1542. 1543. 1544. 1545. 1546. 1547. 1548. 1549. 1550. 1551. 1552. 1553. 1554. 1555. 1556. 1557. 1558. 1559. 1560. 1561. 1562. 1563. 1564. 1565. 1566. 1567. 1568. 1569. 1570. 1571. 1572. 1573. 1574. 1575. 1576. 1577. 1578. 1579. 1580. 1581. 1582. 1583. 1584. 1585. 1586. 1587. 1588. 1589. 1590. 1591. 1592. 1593. 1594. 1595. 1596. 1597. 1598. 1599. 1600. 1601. 1602. 1603. 1604. 1605. 1606. 1607. 1608. 1609. 1610. 1611. 1612. 1613. 1614. 1615. 1616. 1617. 1618. 1619. 1620. 1621. 1622. 1623. 1624. 1625. 1626. 1627. 1628. 1629. 1630. 1631. 1632. 1633. 1634. 1635. 1636. 1637. 1638. 1639. 1640. 1641. 1642. 1643. 1644. 1645. 1646. 1647. 1648. 1649. 1650. 1651. 1652. 1653. 1654. 1655. 1656. 1657. 1658. 1659. 1660. 1661. 1662. 1663. 1664. 1665. 1666. 1667. 1668. 1669. 1670. 1671. 1672. 1673. 1674. 1675. 1676. 1677. 1678. 1679. 1680. 1681. 1682. 1683. 1684. 1685. 1686. 1687. 1688. 1689. 1690. 1691. 1692. 1693. 1694. 1695. 1696. 1697. 1698. 1699. 1700. 1701. 1702. 1703. 1704. 1705. 1706. 1707. 1708. 1709. 1710. 1711. 1712. 1713. 1714. 1715. 1716. 1717. 1718. 1719. 1720. 1721. 1722. 1723. 1724. 1725. 1726. 1727. 1728. 1729. 1730. 1731. 1732. 1733. 1734. 1735. 1736. 1737. 1738. 1739. 1740. 1741. 1742. 1743. 1744. 1745. 1746. 1747. 1748. 1749. 1750. 1751. 1752. 1753. 1754. 1755. 1756. 1757. 1758. 1759. 1760. 1761. 1762. 1763. 1764. 1765. 1766. 1767. 1768. 1769. 1770. 1771. 1772. 1773. 1774. 1775. 1776. 1777. 1778. 1779. 1780. 1781. 1782. 1783. 1784. 1785. 1786. 1787. 1788. 1789. 1790. 1791. 1792. 1793. 1794. 1795. 1796. 1797. 1798. 1799. 1800. 1801. 1802. 1803. 1804. 1805. 1806. 1807. 1808. 1809. 1810. 1811. 1812. 1813. 1814. 1815. 1816. 1817. 1818. 1819. 1820. 1821. 1822. 1823. 1824. 1825. 1826. 1827. 1828. 1829. 1830. 1831. 1832. 1833. 1834. 1835. 1836. 1837. 1838. 1839. 1840. 1841. 1842. 1843. 1844. 1845. 1846. 1847. 1848. 1849. 1850. 1851. 1852. 1853. 1854. 1855. 1856. 1857. 1858. 1859. 1860. 1861. 1862. 1863. 1864. 1865. 1866. 1867. 1868. 1869. 1870. 1871. 1872. 1873. 1874. 1875. 1876. 1877. 1878. 1879. 1880. 1881. 1882. 1883. 1884. 1885. 1886. 1887. 1888. 1889. 1890. 1891. 1892. 1893. 1894. 1895. 1896. 1897. 1898. 1899. 1900. 1901. 1902. 1903. 1904. 1905. 1906. 1907. 1908. 1909. 1910. 1911. 1912. 1913. 1914. 1915. 1916. 1917. 1918. 1919. 1920. 1921. 1922. 1923. 1924. 1925. 1926. 1927. 1928. 1929. 1930. 1931. 1932. 1933. 1934. 1935. 1936. 1937. 1938. 1939. 1940. 1941. 1942. 1943. 1944. 1945. 1946. 1947. 1948. 1949. 1950. 1951. 1952. 1953. 1954. 1955. 1956. 1957. 1958. 1959. 1960. 1961. 1962. 1963. 1964. 1965. 1966. 1967. 1968. 1969. 1970. 1971. 1972. 1973. 1974. 1975. 1976. 1977. 1978. 1979. 1980. 1981. 1982. 1983. 1984. 1985. 1986. 1987. 1988. 1989. 1990. 1991. 1992. 1993. 1994. 1995. 1996. 1997. 1998. 1999. 2000. 2001. 2002. 2003. 2004. 2005. 2006. 2007. 2008. 2009. 2010. 2011. 2012. 2013. 2014. 2015. 2016. 2017. 2018. 2019. 2020. 2021. 2022. 2023. 2024. 2025. 2026. 2027. 2028. 2029. 2030. 2031. 2032. 2033. 2034. 2035. 2036. 2037. 2038. 2039. 2040. 2041. 2042. 2043. 2044. 2045. 2046. 2047. 2048. 2049. 2050. 2051. 2052. 2053. 2054. 2055. 2056. 2057. 2058. 2059. 2060. 2061. 2062. 2063. 2064. 2065. 2066. 2067. 2068. 2069. 2070. 2071. 2072. 2073. 2074. 2075. 2076. 2077. 2078. 2079. 2080. 2081. 2082. 2083. 2084. 2085. 2086. 2087. 2088. 2089. 2090. 2091. 2092. 2093. 2094. 2095. 2096. 2097. 2098. 2099. 2100. 2101. 2102. 2103. 2104. 2105. 2106. 2107. 2108. 2109. 2110. 2111. 2112. 2113. 2114. 2115. 2116. 2117. 2118. 2119. 2120. 2121. 2122. 2123. 2124. 2125. 2126. 2127. 2128. 2129. 2130. 2131. 2132. 2133. 2134. 2135. 2136. 2137. 2138. 2139. 2140. 2141. 2142. 2143. 2144. 2145. 2146. 2147. 2148. 2149. 2150. 2151. 2152. 2153. 2154. 2155. 2156. 2157. 2158. 2159. 2160. 2161. 2162. 2163. 2164. 2165. 2166. 2167. 2168. 2169. 2170. 2171. 2172. 2173.</u>	



[illegible]



PIAUI  
GOV DO ESTADO

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



UPA 24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: <u>Wanderley Wanderley Wanderley</u>		ENFERMARIA:	LEITO:	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: <u>19.10.1980</u>				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
24/12/19	Fractura de fíbula distal		16:58h: 120 + 70 + 70 mmHg	
	1) Dito fratura distal, com lesão de		19:30h: 120 + 70 + 70 mmHg	
	2) Sinais de 32 horas		74h: 37°C	
	3) Sinais de 1500h de 14h 40h	500 SOB SOB	11:30h: 120 + 70 + 70 mmHg	
	4) Sinais de 1500h de 14h 40h	1540h SOB SOB	16:00h: 120 + 70 + 70 mmHg	
	5) Fome e de 1500h			
	6) Fome e de 1500h			
	7) Fome e de 1500h			
	8) Fome e de 1500h			
	9) Fome e de 1500h			
	10) Fome e de 1500h			
	11) Fome e de 1500h			
	12) Fome e de 1500h			
	13) Fome e de 1500h			
	14) Fome e de 1500h			
	15) Fome e de 1500h			
	16) Fome e de 1500h			
	17) Fome e de 1500h			
	18) Fome e de 1500h			
	19) Fome e de 1500h			
	20) Fome e de 1500h			
	21) Fome e de 1500h			
	22) Fome e de 1500h			
	23) Fome e de 1500h			
	24) Fome e de 1500h			
	25) Fome e de 1500h			
	26) Fome e de 1500h			
	27) Fome e de 1500h			
	28) Fome e de 1500h			
	29) Fome e de 1500h			
	30) Fome e de 1500h			
	31) Fome e de 1500h			
	32) Fome e de 1500h			
	33) Fome e de 1500h			
	34) Fome e de 1500h			
	35) Fome e de 1500h			
	36) Fome e de 1500h			
	37) Fome e de 1500h			
	38) Fome e de 1500h			
	39) Fome e de 1500h			
	40) Fome e de 1500h			
	41) Fome e de 1500h			
	42) Fome e de 1500h			
	43) Fome e de 1500h			
	44) Fome e de 1500h			
	45) Fome e de 1500h			
	46) Fome e de 1500h			
	47) Fome e de 1500h			
	48) Fome e de 1500h			
	49) Fome e de 1500h			
	50) Fome e de 1500h			
	51) Fome e de 1500h			
	52) Fome e de 1500h			
	53) Fome e de 1500h			
	54) Fome e de 1500h			
	55) Fome e de 1500h			
	56) Fome e de 1500h			
	57) Fome e de 1500h			
	58) Fome e de 1500h			
	59) Fome e de 1500h			
	60) Fome e de 1500h			
	61) Fome e de 1500h			
	62) Fome e de 1500h			
	63) Fome e de 1500h			
	64) Fome e de 1500h			
	65) Fome e de 1500h			
	66) Fome e de 1500h			
	67) Fome e de 1500h			
	68) Fome e de 1500h			
	69) Fome e de 1500h			
	70) Fome e de 1500h			
	71) Fome e de 1500h			
	72) Fome e de 1500h			
	73) Fome e de 1500h			
	74) Fome e de 1500h			
	75) Fome e de 1500h			
	76) Fome e de 1500h			
	77) Fome e de 1500h			
	78) Fome e de 1500h			
	79) Fome e de 1500h			
	80) Fome e de 1500h			
	81) Fome e de 1500h			
	82) Fome e de 1500h			
	83) Fome e de 1500h			
	84) Fome e de 1500h			
	85) Fome e de 1500h			
	86) Fome e de 1500h			
	87) Fome e de 1500h			
	88) Fome e de 1500h			
	89) Fome e de 1500h			
	90) Fome e de 1500h			
	91) Fome e de 1500h			
	92) Fome e de 1500h			
	93) Fome e de 1500h			
	94) Fome e de 1500h			
	95) Fome e de 1500h			
	96) Fome e de 1500h			
	97) Fome e de 1500h			
	98) Fome e de 1500h			
	99) Fome e de 1500h			
	100) Fome e de 1500h			



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

**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

[illegible]

# HRDC

## HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

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

CEP 84.500-000

CNPJ 06.553.564/0013-71

### FOLHA DE ADMISSÃO

Nome do(a) Paciente: Wanderson Santos Moura 89.988084389  
Endereço: Rua Geroma Nº 267 cidade Santa Rosa Estado PI  
Registro do HRDC: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: Valdeci Moura Borges  
Nome da Mãe: Maria Francinete de Sousa Santos  
Nº Documento do Paciente: R.G. 4.194.960  
Responsável: A mãe  
Data do Nascimento: 19/10/2000  
CNS 209 3162 0004

SEXO: Masculino ☒  
Feminino ☐

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

Data da Internação: 25/12/2017 Às 13:06hs

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

UNIDADE	
Nome	HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
Código / CNPJ	06.553.564/0013-71
Endereço	Av. Rui Barbosa, 586
Município	OEIRAS
UF	PI
CEP	64.500-000
FONE	(89) 3462-1213

ÓRGÃO EMISSOR	
Nome do Paciente	
Endereço-Rua-Número-Bairro	
Município	
UF	
CEP	
Data do Nascimento	
SEXO	Masculino Feminino
CONDIÇÃO	Segurado Cônjuge Filho Outro Dep
	1 3 2 4 6 8

PACIENTE	
Nome do Segurado	
PIS/PASEP N° Individual	Vínculo com a Previdência
	Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado
	1 2 3 5 7 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
N° 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
	1 2 3
Procedimento Solicitado	Fisioterapêutica Psiquiátrica Pediátrica Outros
	4 5 7 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 qui  
foi apresentado(a) e dou fé.  
Em, 05/04/18.

Setor do Arquivo Técnico do HPMP

Luiz Henrique Vasconcelos Paes 1º TEN. PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPMP  
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Wanilson Santos Moreira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 326213/18

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**Piauí**  
GOVERNO DO  
GERENCIAMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP  
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI  
CEP 64.014-220  
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

**Saúde**  
Secretaria de Estado

*Luiz Henrique Vasconcelos Paes*  
Chefe do Arquivo Técnico do HPMP  
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

PJ CORRETOR  
DE SEGUROS  
07 NOV 2018  
DPVAT

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA  
COMPROVANTE

Número do Laudo: **42092**

Orgão Emissor:

M221100001

Paciente: WANDERSON SANTOS MOURA

Nascimento: 19/07/2000

**Procedimento:**

0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO  
PLANALTO TIBIAL

**CID:**

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Data da Solicitação: 05/01/2018

Data da Autorização:

05/01/2018 17:35:54

AIH.: 2218100016077

Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR  
DIRCEU ARCOVERDE - HPM

Autorizador

Operador:

Atendimento (Data, Hora): 12/01/2018 09:12:10

25/01/2018

Requerimento

COMPROVANTE DE AUTORIZAÇÃO

LAUDO: 42092

Orgão Emissor: M221100001

AIH: 2218100016077

Usuário: WANDERSON SANTOS MOURA

Nascimento: 19/07/2000

Cartão SUS: 700600957205464

Estabelecimento: 2323451 - POLICIA MILITAR DO PIAUI

Procedimento: 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

CID: S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Solicitação: 05/01/2018

Análise: 05/01/2018 17:35:54

J CORRETORA  
DE SEGUROS

07 NOV 2018

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA

079.394.003-63

AUTORIZADOR

Operador: MARIA DAS DORES BORGES DOS S LIMA

Emissão: 05/01/2018 17:14:28

Assinatura do Técnico do HPM PI  
RG: 105138733-21/MAL 14495-9



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 42092

AH: 2218100016077

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

**ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**CARTÃO SUS**

**NOME DO PACIENTE**

WANDERSON SANTOS MOURA

**NASCIMENTO**

19/07/2000

**SEXO**

M

**PRONTUÁRIO**

326213

**DOCUMENTO CPF**

4104960

**TELEFONE**

**NOME DA MÃE**

MAÍJA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS

**RESPONSÁVEL**

MARIA FRANCINETE DE MOURA SANTOS BORGES

**CEP**

54500003

**ENDEREÇO - LOGRADOURO**

**NÚMERO / LOTE**

9

**BAIRRO**

RODAGEM DE PICOS

**COMPLEMENTO**

**MUNICÍPIO**

CELIM

**UF**

PI

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE APRESENTA FRATURA NO PLATO TIBIAL

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

AS ALIMA + TRANSFERENCIA

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**

RX

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL**

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

**CID 10 SECUNDÁRIO**

**CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

040805051 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANO TIBIAL

**LEITO/CLÍNICA**

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

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

**CARÁTER**

URGENCIA

**DATA SOLICITAÇÃO**

05/01/2018

LUDILIANE MOURA SANTOS

CPF: 01817661329

CRM:

**DATA ADMISSÃO**

05/01/2018 16:15

**DATA ALTA**

12/01/2018 08:00

**MOTIVO ALTA**

ALTA MELHORADO

**CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)**

**TIPO ACIDENTE**

**CNPJ SEGURADORA**

**Nº DO BILHETE**

**SÉRIE CNPJ DA EMPRESA**

**CNAE EMPRESA**

**CBOR NATUREZA DA LESÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

**AUTORIZAÇÃO**

**PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO))**

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA

CPF: 010000065

CRM:

DATA ANALISE: 05/01/2018 17:35:14

**NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVULSO AUDITORIA**

CPF

CRM

DATA ANALISE

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**

**PAJ CORRETOR  
DE SEGUROS**

14 NOV 2018

**OPVAT**

Unidade de Pronto Atendimento - UPA  
Cidade de Manguá, Tercia, do HPM PI  
RG: 100153193-2 Mat. 14495-9



42092



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	541225
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	

## Identificação do Paciente

5 - Nome:	WANDERSON SANTOS MOURA	6 - Prontuário:	325213
7 - CNS:	700600857205464	8 - Nascimento:	19/07/2000
9 - Sexo:	M	CPF:	084.101.723-84
11 - Mãe:	MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS	12 - Fone:	89-8.88084389
13 - Resp:	MARIA FRANCINETE DE MOURA SANTOS BORGES	14 - Cor:	PARDA
15 - Endere:	AVENIDA DUQUE DE CAXIAS S/N 0	RODAGEM DE 119 - CEP:	64500-000
16 - Munic:	OEIRAS	17 - Cod. IBGE:	220700
		18 - UF:	PI
		RG:	41949-80

## Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Queda  
Vezes a se levantar

CORRETORA  
DE SEGUROS

21 - Condições que justifiquem a internação:

Et

07 NOV 2018

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

Ne

OPVAT

23 - Diagnóstico Inicial:

Fratura de fêmur

24 - Cid Princ:

S87.1

25 - Cid Sec:

26 - Cid C.Ass:

## Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Procedimento Solicitado

Tempo SUS

29 - Clínica:

POSTO II

30 - Caracter:

02

Ident:

1

31 - Documento:

CPF

32 Doc. Med. Solic.

65265386491

33 - Nome Profissional / Assistente

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data de Solicitação:

05/01/2018

ANTOPEDIA, SIA SIAVATOL, SIA  
CRM 2315 TEOD - 8084  
35 - Ass. - Carimbo, Mod. Solicitante

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bônus.

41 - Sorte

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 Segurado.

## Autorização

43 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

48 - Documento

49 - Num. Documento

MARCOS GONCALVES MUNIZ DE MORAES  
Assessor de auditoria - DRCA/SMS  
CRM - PI: 974 - CPF: 220.330.106-53  
CNS: 20383397-1240003

Ass. - Carimbo, Mod. Solicitante  
URG: 105192133-2 Mat. 14559

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Mario Francisco de Moura Santos Bonifaz

Usuário: MAISA.ORES  
Consulta Local:  
Consulta SUS: 2017122843080  
Impressão: 17:01:40



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	2 - CNES <b>2323451</b>	Atendimento <b>541225</b>
3 - Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	4 - CNES <b>2323451</b>	

## Identificação do Paciente

5 - Nome: <b>WANDERSON SANTOS MOURA</b>	6 - Prontuário: <b>326213</b>		
7 - CNS: <b>700600957206464</b>	8 - Nascimento: <b>19/07/2000</b>	9 - Sexo: <b>M</b>	CPF: <b>084.101.723-54</b>
11 - Mãe: <b>MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS</b>	12 - Fone: <b>89-9.88084389</b>	13 - Resp: <b>MARIA FRANCINETE DE MOURA SANTOS BORGES</b>	14 - Cor: <b>PARDA</b>
15 - Endon: <b>AVENIDA DUQUE DE CAXIAS S/N 0</b>	16 - CEP: <b>64500-000</b>	17 - Cod. IBGE: <b>220700</b>	18 - UF: PI <b>RG: 41949-60</b>

## Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Guilherme  
19/07/2000 - 19/07/2000*

21 - Condições que justificam a internação:

*E.B.*

CORRETORA  
DE SEGUROS

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

07 NOV 2018

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.:

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

## Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado: <b>01080-0551</b>	Tempo SUS			
29 - Clínica: <b>POSTO II</b>	30 - Carater.: <b>02</b>	Ident.: <b>1</b>	31 - Documento: <b>CPF</b>	32 Doc. Med. Solic. <b>65265386491</b>
33 - Nome Profissional / Assistente <b>EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR</b>	34 - Data da Solicitação: <b>05/01/2018</b>	35 - Ass. Coord. Med. Solicitante		

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bônus.	41 - Sexo
37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CHAE, Empresa	44 - CBOR.
38 - ( ) Acidente de Trabalho Atípico.			

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

## Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização.
48 - Documento	49 - Multi. Documento
50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

52 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Maria Francisca de Moura Santos Borges</i>	Usuário: <b>MARIA.DORES</b>
	Consulta Local: <b>2017122843080</b>
	Impressão: <b>17/01/20</b>



Polícia Militar do Piauí  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



42092

FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	FICHA DE PRONTUÁRIO		05/01/2018
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: WANDERSON SANTOS MOURA		Pront.: 326213
IDEM OUTROS HOSPITAIS	Nasc.: 19/07/2000 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 641225	Enfermaria: POSTO II	ENF 204 LEITO Leito: 204
CLÍNICA	Pal: VALDECI MOURA BORGES		
Médico Assistente	Mãe: MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS		
Permanência	RG: 4194960		
CLÍNICA	Residência:		
	AVENIDA DUQUE DE CAXIAS S/N		Beirro: RODAGEM DE PICOS
	Nr.: 0		Cidade: OEUROS
	Cep: 64500000		Telefone: 89 - 988084389

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

*Doença*  
*Uso de paracetamol*

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID S87.1	
Principal:	CID S87.1	
Procedimento:		
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica	Histo - Patológico:
<i>Uso de paracetamol</i>		

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma	<i>Uso de paracetamol</i>	<i>Uso de paracetamol</i>	<input type="checkbox"/> Nenhuma
<input type="checkbox"/> Médico			<input type="checkbox"/> Médico
<input type="checkbox"/> Cirurgia			<input type="checkbox"/> Cirurgia
<input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico			<input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação: 05/01/2018 16:01:23 Data da Alta: 17/01/2018 Data da Hospitalização: 1/1

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Fisiologia	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Patológico	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação
<input type="checkbox"/> A Pedido		
<input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico		

THE

Assinatura:



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 16 / 03 / 2015  
Nº DO PRONTUÁRIO 326213 SALA 2  
CÓD DA CIRURGIA: 0406050551

Descrição da Cirurgia:

- 1) Anestesia
- 2) Mão
- 3) A A unido
- 4) Incisão vertical na pele
- 5) Redução do tecido mole
- 6) OI de 28/15
- 7) Uso de tricotomia
- 8) Direção da sutura
- 9) Sutura - 4 pontos
- 10) Heil p - M +

CRM 2313 TEPT - 6054

Cirurgia:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

Carimbo de Arquivo Técnico do HPM PI  
RG: 105150130-2 Matr. 14405-8

## SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA

DATA: 20/12/17 HORA: 11 N° DO TELEFONE: \_\_\_\_\_

HOSPITAL SOLICITANTE: (f.n.) MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

MÉDICO: MIGUEL R.S. CRM: 4369

### NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetrícia ( ) Trauma ( ) Clínico (x) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: WADSON SANTOS MOURA

Idade: 17 anos Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

H.A.: F. M. T. S. D. S. C. I. A. D. O. P. L. A. T. E.

T. B. A. C. D. R. A. S. T. E.

ESCALA DE GLASGOW: 15

### ABERTURA OCULAR

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

### RESPOSTA VERBAL

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

### RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS  
- ax. \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ mm PA: \_\_\_\_\_ mmHg Sat O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ( ) Oxigênio ( ) Hidratação Venenosa
- ( ) Aspiração ( ) Medicação
- ( ) Curativo ( ) Outros: \_\_\_\_\_

### EXAMES REALIZADOS ( Enviar Cópia )

### HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: H. P. M. Ortopedia

Clinica / Posto: \_\_\_\_\_

Senha: 2017122643080

Dr. Abaydon Lucas de Moura Riquie  
Médico  
CRM-PI 5791



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**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

**RX PERNA 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.**

*Ivan Fontenele Gomes*

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

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

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

*Inde no*  
Linha de atendimento ao paciente  
Unidade de Pronto Atendimento do HPIA/PI  
RG: 145134332-2 Data: 14/05/09





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

*"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"*

**Nº ORDEM.....:** 83354

**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

**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. Hgino Cunha, 1642 - Jhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-320 - CNPJ 07.444.159/0002-25

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



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

**"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"**

**PEDIDO:** 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 oblíqua, 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 oblíqua, 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.

*Impr. por*  
Luz...  
Data: 24/01/2018  
RG: 15019833-2/101 144059

*Liege Ribeiro Soares de Sampaio*  
Dra. Liege de Sampaio  
Médica  
CRM-PI: 4173

**LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO**  
CRM: 4173

PAJ CORRETORA  
DE SEGUROS

07 NOV 2018

PRVAT

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

4.194.960

11/03/15

NOME

WANDERSON SANTOS MOURA

FILIAÇÃO

MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS  
VALDECI MOURA BORGES

NATURALIDADE

DIADEMA-SP

DATA DE NASCIMENTO

19/07/2000

DOC. GERAL

CERT. NASC. 180369 L 301A F 028

EXP DIADENA SP 24/10/2000

TERESINA - PE

064.101.723-54

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.260/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JÃO DE DEUS MARTINS"



FOLHA Nº DIREITO



Wanderson Santos Moura  
0609170

CARTeira DE IDENTIDADE

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

NOME  
RANYERE MARTINS SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF  
3164096 SSP PI

CPF  
046.400.203-42

DATA NASCIMENTO  
19/10/1990



FUNÇÃO  
JOSE DE RIBAMAR  
SANTOS SILVA  
EDILEUSA MARINHO  
MARTINS SILVA

PERMISSÃO  
AB

ACC  
AB

CAT. MS  
AB

Nº REGISTRO  
05841045485

VALIDADE  
02/01/2023

1ª HABILITAÇÃO  
31/07/2013

OBSERVAÇÕES

Ranyere Martins Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
DEIRAS, PI

DATA DE EMISSÃO  
11/01/2018

14180954844  
PI320106570

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI

CORRETORA  
DE SEGUROS

07 NOV 2018

DPVAT

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1554733950

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1554733950

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

NOME  
RANYERE MARTINS SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF  
3164096 SSP PI

CPF  
046.400.203-42

DATA NASCIMENTO  
19/10/1990



FUNÇÃO  
JOSE DE RIBAMAR  
SANTOS SILVA  
EDILEUSA MARINHO  
MARTINS SILVA

PERMISSÃO  
AB

ACC  
AB

CAT. MS  
AB

Nº REGISTRO  
05841045485

VALIDADE  
02/01/2023

1ª HABILITAÇÃO  
31/07/2013

OBSERVAÇÕES

Ranyere Martins Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
DEIRAS, PI

DATA DE EMISSÃO  
11/01/2018

14180954844  
PI320106570

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI

CORRETORA  
DE SEGUROS

07 NOV 2018

DPVAT

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1554733950

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1554733950

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170146226 Nº 013030572446  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 317115510 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME  
HELIO GOMES DE MELO

CPF / CNPJ 47027193353 PLACA NIW-6062

PLACA ANT. / UF 9C2KD0550BR552657

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP. / POT. / OIL 002P/149CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 1ª IPVA

VENC. COTA ÚNICA 2ª

VENC. COTAS 3ª PAGO

FAIXA ÚNICA

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURO

IOF (R\$) PAGO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICOES

LOCA SANTA ROSA

DATA 11/4/2018

PI Nº 013030572446 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 11/4/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 47027193353 PLACA NIW-6062

RENAVAM 317115510 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2011 COT. ÚNICA 09 Nº CHASSI 9C2KD0550BR552657

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81.28 DENATRAM (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 185.50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 28/02/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PRECISAMENTE CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

ESTÃO COBERTOS TODOS OS CIDADÃOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELER MOTORISTAS, USUÁRIOS OU PEDESTRES.

SÃO COBERTOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, VALORES PRECISAMENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS HOSPITALARES E OUTRAS NECESSÁRIAS (VÍTIMA).

DE VOTO POR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO O INTERESSADO EM LICENCIAMENTO, RESOLUÇÃO DOCUMENTOS E OUTROS DEVIDOSAMENTE E SEGURO DPVAT EM UM DOS MÓDULOS DE LICENCIAMENTO AUTORIZADOS (CONSULTE-OS A www.seguradoralider.com.br) DE TIVER DÚVIDAS LIGUE-SE AO SAC DPVAT 0800 022 1204.

VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PERDA VITIMAS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIR INDENIZAÇÃO

MORTE (V)	INVALIDEZ PERMANENTE (V)	DANOS (V)
R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00

(1) MORTES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA, EXATIDÃO CAUSAL, AUTOPSIA POLICIAL, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DOX GENÉRICAS E PROVA DA QUALIDADE GENÉTICA (EM CASO DE DÚVIDA).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA, EXATIDÃO CAUSAL, AUTOPSIA POLICIAL, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DOX GENÉRICAS E PROVA DA QUALIDADE GENÉTICA (EM CASO DE DÚVIDA).

(3) DANOS: REGISTRO DA OCORRÊNCIA, EXATIDÃO CAUSAL, AUTOPSIA POLICIAL, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DOX GENÉRICAS E PROVA DA QUALIDADE GENÉTICA (EM CASO DE DÚVIDA).

(4) VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PERDA VITIMAS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIR INDENIZAÇÃO

(5) VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PERDA VITIMAS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIR INDENIZAÇÃO

IMPORTANTE

- NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

- O CREDENCIAMENTO DE DANOS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 15 DA RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 27/2012.

- PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

- A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR MORTUÁRIO DATA OCORRÊNCIA DO EVENTO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DE QUAL VEÍCULO.

- PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE BILHETE.

- O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGAMENTE COM A PRESEÇA DA VÍTIMA OU COM A COTA ÚNICA DO IMPORTE DE INDENIZAÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - JVA, CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO, O VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO JVA, OS VENCIMENTOS DO IMPORTE E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NO MESMO DIA.

- O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DE QUAL VEÍCULO.

- O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DE QUAL VEÍCULO.

- O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DE QUAL VEÍCULO.

- O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DE QUAL VEÍCULO.

- O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DE QUAL VEÍCULO.

- O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DE QUAL VEÍCULO.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATORIO

AJ CORRETOR DE SEGUROS

07 NOV 2018

IPVA - 1ª COTA

DPVAT

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

MULTAS DE TRÂNSITO  
ENCARGOS DO DETRAN



DISQUE - SUSEP  
0800 021 8484  
www.susep.gov.br

# 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:**

# 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 de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: WANDERSON SANTOS MOURA  
Nacionalidade: BRA SILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: 4.194.960 - SSP-R  
CPF: 064.201.723-54 - S  
Profissão: LAUREADOR  
Endereço: AV. PAULINA CASTELO BRANCO - 268 - PARROQUIA SANTO ANTONIO  
CEP: 64568-000 - SANTA RITA DO PARAI - PARAIBA  
Telefone: (83) 98808-4289

### OUTORGADO:

Nome: RANIERE MARTINS SILVA  
Nacionalidade: BRA SILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: 046-400 283-42  
CPF: 046-400 283-42  
Profissão: PROCURADOR  
Endereço: AV. DOM TEXEIRA LOPES - 241 - JUREMA - PARAIBA  
CEP: 64500-000 - OETAPE - PARAIBA  
Telefone: (83) 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 LIDER 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

ORIGINAL

4º OFÍCIO

OETAPE, 26 DE OUTUBRO DE 2018

Local e data

WANDERSON SANTOS MOURA  
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

AL CORRETORA DE SEGUROS  
07 NOV 2018  
DPVAT

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos  
Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI (89) 3462 1251 / 9402-9315  
e-mail: cartorio@cartorio-pi.com.br

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: WANDERSON SANTOS MOURA  
DOU FE. EM TEST. ILUSTRADA DA VERDADE. OETAPE-PI, 26/10/2018.  
Evol. 3,71 TJ:0,24 Selo:0,26 Total:4,21 Selo:ARJ.31250 (F40P17)

GILCÍNDIA OLIVEIRA DE SOUSA - ESCRIVENTE COMPROVISSADA

☐ Enquadrado de Círculo 24 x 36 mm - ☐ Enquadrado de 20 x 26 mm - ☐ Enquadrado de 16 x 22 mm

MARCA DE OBRAS  
REGISTRO CIVIL E ANEXOS  
Sé e Frades  
SA Oeiras  
41-2-1201  
P. 64.500.000 - Oeiras

RECONHECIMENTO DE FIRMA  
ARJ 31250

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404398/18

**Vítima:** WANDERSON SANTOS MOURA

**CPF:** 064.101.723-54

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Titular do CPF:** WANDERSON SANTOS MOURA

**CPF de:** Próprio

## 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

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

RANYERE MARTINS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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**

Carta nº 13569704



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 064.101.723-54 Nome completo da vítima: WANDERSON SANTOS MOURA

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo: WANDERSON SANTOS MOURA CPF: 064.101.723-54

Profissão: LAVADOR Endereço: RUA JOAQUIM CASTELO BRANCO Número: 268 Complemento: 1

Bairro: SANTO ANTONIO Cidade: SANTA ROSA DO PAU Estado: PAU CEP: 64-518-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 89-9888-4389

**DADOS CADASTRAIS**

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

**RENDA MENSAL:**

☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

☐ 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1383 CONTA: 62350 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, de 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 atenda 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, desde 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 Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não signfica prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia 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 nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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 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.

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e Data: Quilômetro 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)

(\*) 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 CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.002438/2018-37

Unidade do Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Paulo Roberto Moura Satiro

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE OEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Endereço

AV. TRANSAMAZÔNICA AO ANEL VIÁRIO, Nº:

Complemento

RODAGEM DE PICOS

Data/Hora

24/12/2017 - 11:36

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

ORIGINAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WANDERSON SANTOS MOURA

RG: 4.94960 SSP PI

Mãe: MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS

Endereço: AV JOAQUIM CASTELO BRANCO, Nº 268

Complemento: SANTO ANTONIO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

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

Telefone(s): 89-8808-4269

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

PAJ CORRETORA  
DE SEGUROS

07 NOV 2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

DPVAT

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	NXR150 BROS ES	2011	NW6062	9C2KD0550BR552657	317115610	Preta

Condutor: VALDECI 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 VALDECI 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 Nilton A. do Moura  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 24.223-7





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.002438/2018-37**

Delegado de Polícia

*Antônio Nilton A. de Moura*  
Delegado de Polícia Civil  
Mat: 271.223-7



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 064.101.723-54 Nome completo da vítima: WANDERSON SANTOS MOURA

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo: WANDERSON SANTOS MOURA CPF: 064.101.723-54

Profissão: LAVADOR Endereço: RUA JOAQUIM CASTELO BRANCO Número: 268 Complemento: 1

Bairro: SANTO ANTONIO Cidade: SANTA ROSA DO SUL Estado: RS CEP: 64.518-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 51 89-9888-4389

**DADOS CADASTRAIS**

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

**RENDA MENSAL:**

☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

☐ 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1383 CONTA: 62350 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, de 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 atenda 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, desde 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 Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não signfica prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia 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 nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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 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.

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e Data: Quinta 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)

(\*) 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 CÓPIA 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: 13:04 hs NÚMERO DO TELEFONE CHAMADO: ( ) 94064499

VIATURA ACIONADA: USB 02

NOME DO SOLITANTE: ROSEANE

NOME DO PACIENTE: WANDERSON SANTOS NOVA

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 17

LOCAL DA OCORRÊNCIA: AV. DUDE DE CAXIAS R. DE PICO

PONTO DE REFERÊNCIA: PRÓXIMO A ZÉ PICOENSE

SAÍDA DO P.A. 13:09 hs CHEGADA AO LOCAL: 13:11 hs

SAÍDA DO LOCAL: 13:22 hs CHEGADA AO HOSPITAL: 13:24 hs

SAÍDA HOSPITAL: 13:45 hs CHEGADA AO P.A.: 13:49 hs

MOTIVO DA OCORRÊNCIA:

AJ CORRETORA  
DE SEGUROS

07 NOV 2018

DPVAT

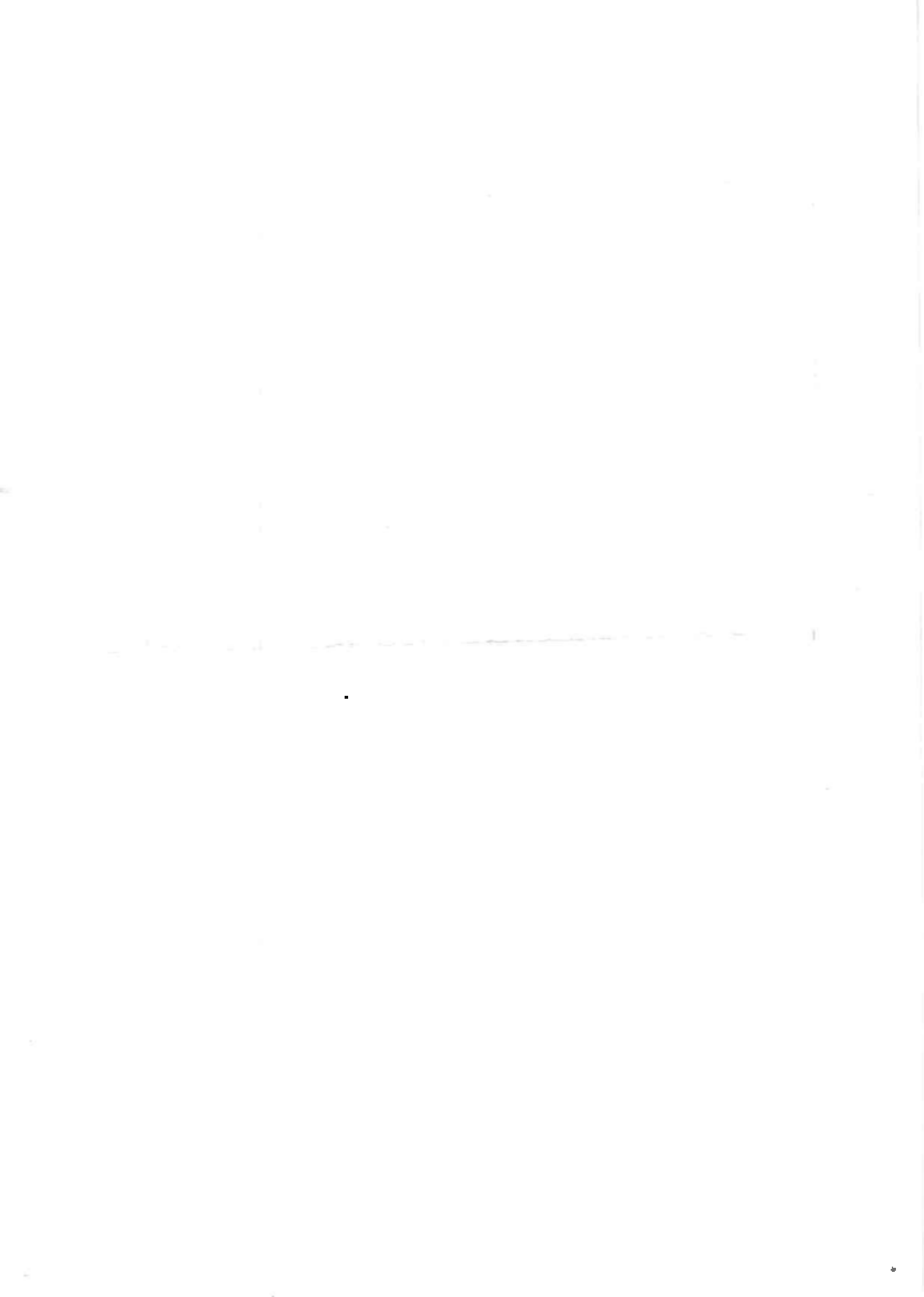
01	ACIDENTE DE TRÂNSITO	06	QUEIMADURAS	11	TENTATIVA DE SUICÍDIO
02	AGRESSÃO FÍSICA	07	CHOQUE ELÉTRICO	12	OUTROS
03	URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	08	QUEDA	13	JÁ REMOVIDO
04	ENVENENAMENTO	09	MAL SÚBITO	14	FALSO CHAMADO
05	AFOGAMENTO	10	URG. OBSTÉTRICA	15	TRANSF. HOSPITALAR

NÍVEL DA CONSCIÊNCIA INICIAL	PUPILAS	FALA
RESPONDE A COMANDO	Y IGUAIS	X NORMAL
X RESPONDE A DOR	DESIGUAIS	CONFUSA
SEM RESPOSTA		NENHUMA

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

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

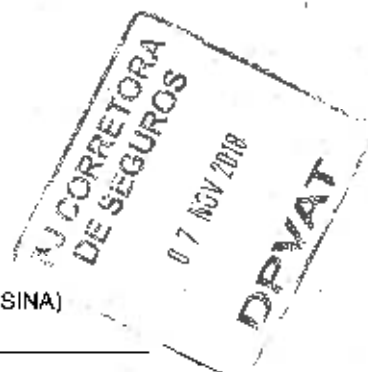


OBSERVAÇÃO: CLIENTE ORIENTADO, VITÍMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO DDA E EDEMA NO JOELHO DIREITO COM SUSPEITA DE FRATURA.

	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 DEOLINDO COUTO (OERAS)  
 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. ☒ UPA

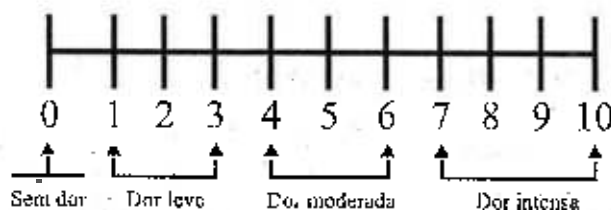
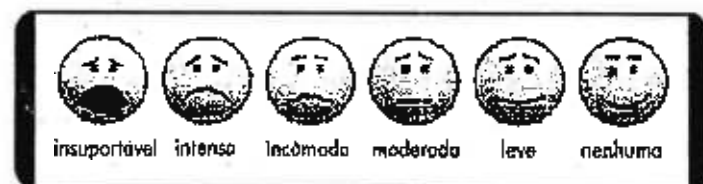


<p><i>Francisco Thyago Soares</i>  <i>Enfermeiro</i>  <i>CPEN 458.659</i></p> <p><b>RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL</b></p>	EQUIPE DE SOCORRISTAS: ( ) USA <input checked="" type="checkbox"/> USB
	MÉDICO: _____
	ENFERMEIRO: _____
	TÉC. EM ENFERMAGEM: <i>Carlos Alves de Carvalho</i> <small>TECNICO EM ENFERMAGEM        CPEN 458.659</small>
CONDUTOR: <i>Melmo</i>	

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: 000000062350-2

---

Nr. da Autenticação 902FDAA07128532B