

Boletim de ocorrência



Piauí
TERRA QUERIDA

9

PMV.

POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
COMANDO DO SEMIÁRIDO - CPSA
20 BPM - PAULISTANA - PI
GRUPAMENTO DE POLÍCIA MILITAR DE ACAUÁ-PI
Av. Prof. Maria Lina de Araújo, s/nº, centro, Tel. (89) 3493-0028 (89) 994294139



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO
NUMERO DA OCORRÊNCIA: 006/2018 DATA DO REGISTRO: 14/02/2018 (Quarta feira)
UNIDADE RESPONSÁVEL: Grupamento Policial Militar de Acauá PI.
COMANDANTE DO GPM: GENIVALDO MIGUEL DE SOUSA CB PM.

DADOS DO INFORMANTE

NOME: Simião Bento da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Divorciado
PROFISSÃO: Aposentado. RG. 1.733.867 SSP-BA e CPF 229.430.303.25
FILIAÇÃO: Bento Antonio da Silva e Osana Marlina da Silva.
NATURALIDADE: Paulistana PI
DATA DE NASCIMENTO: 28/10/1955.
IDADE: 62 anos
LOCAL DA RESIDÊNCIA: Av. Deusdedita Cavalcante s/nº Bairro Centro
CIDADE: Acauá - PI CEP 64 748-000

RECEBIDO

31 OUT 2018

Seguradora Lider-EPVAT

HISTORICO DA OCORRÊNCIA

O informante acima Comunicou: Que na data de 14 de fevereiro de 2018 conduzindo a sua motocicleta de placa DRX 5528 Acauá PI, de RENAVAN 00872682188 chassi 9C2JC30705R751132 ano Fab. 2005 modelo 2005 em nome da proprietária Zuleide de Sousa Silva de RG 62.350.040-1 e CPF 056.389.903-48 quando de carona em sua motocicleta, quando de repente o seu vestido enganchou na coroa da corrente e chegando cair no meio da BR 407 em cima da via de rolagem, e com os exames médicos constatou que teve 3 fratura no crânio e que quebrou um osso no ouvido Razão pela qual procurou esta Unidade de Polícia, para registrar o fato e solicitar o presente boletim da ocorrência.

Era o que tinha a registrar para que produza seus efeitos legais, cujo teor fielmente transcrevi. Eu ~~Genivaldo Miguel de Sousa~~ escrivão Ad-Hoc, digitei e assino.

DADA E LAVRADA nesta cidade de Acauá - PI, GPM de Acauá - PI, aos 14 de fevereiro de 2018

GENIVALDO MIGUEL DE SOUSA.

CMT DO GPM.

RG. 1011685-94-PMPÍ

NOTIFICANTE

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS

PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELA

CPF: 01.74.238.000-01 - INSC. EST. 13.131-4

AVENIDA MELÉ, APOCALIPSE CAVALCANTE, CENTRO - PAULISTANA - PI

CERTIFICADO QUEM PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL 28/02/2018 11:03:21

NOTAS

EM TEST. 14/02/2018

34-VEREADOR: DOUGLAS PAULISTANA 28/02/2018 11:03:21

COM SELO DE

AUTENTICIDADE

Selo de Autenticidade

Autenticidade

Autenticidade

Autenticidade

Autenticidade

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

ENQUE MARCELO DE MORAIS NETO - ESCRIVÃO

ESCRIVÃO AUTORIZADO

Paulistana - Piauí

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

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

Nome Completo da Vítima

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

CPF da Vítima

056.389.903-48

Data do Acidente

14/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2018
Local e Data

Zuleide de Sousa Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

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

Nome Completo da Vítima

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

CPF da Vítima

056.389.903-48

Data do Acidente

24/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

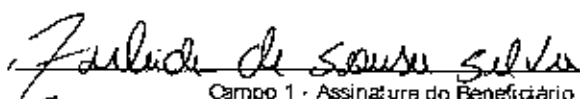
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de inexistência do IML



ACAÚA-PE, 23 de NOVEMBRO de 2018.

Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180517699

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Data do Acidente: 14/02/2018

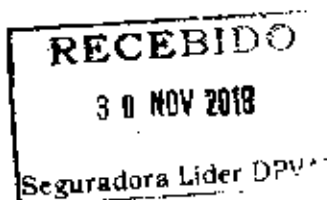
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ZULEIDE DE SOUSA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento



Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você



Declaração de Inexistência de



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 a 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

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

Nome Completo da Vítima

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

CPF da Vítima

056.389.903-48

Data do Acidente

34/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ACAUÁ-PE, 23 de NOVEMBRO de 2018.
Local e Data

Zuleide de Sousa Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Fundação Municipal de Saúde

HOSPITAL REGIONAL MARIANA PIRES FERREIRA

CNPJ: 11.963.359/0001-80

ATO
GOVERNO
DO PIAUÍ

Boletim de atendimento de Urgência / Emergência

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: Juliana da Silva DATA DE NASC.: 19.10.1990 COR:
SEXO: () MASC. (X) FEM. PROFISSÃO: DOC: 62.350.040.1 ADE: 19430 AR
CNS: 700.0025.4139.110 PA: Simão Santo da Silva
MA: Maria das Graças da Silva
CONSULTA: () 1ª () SUBSEQUENTE ENDEREÇO: AV. Duque de Cavalcanti
BAIRRO: 881 CEP: 64743-000 MUNICÍPIO: Aracuaia ESTADO: PI

DATA DO ATENDIMENTO: 14-02-2014 HORA DO ATENDIMENTO: 11:50

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

ANAMNESE/EXAME FÍSICO:

Pa: 110x80 - FC: 117

Paciente apresenta PS. Após sofrer queda de
frente, estourou a capota. Lesões afetas, lesões ósseas
deprimidas.

PRESCRIÇÃO:

Rev. Ace. 21.30F. 33 TCB 2

anal. Fluido cefalorraquidiano

etorilgic. - 100mg - D.

Mo: TCB 1

cd. 300 200mg de Valium
20.00

3) Dipiridamol - 175mg - 10/10/10
4) Difenidramina - 100mg - 10/10/10

PROCEDIMENTO REALIZADO

DRENAGEM DE ABCESSO () QUANT.:
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO () QUANT.:
PEQUENA CIRURGIA () QUANT.:
SUTURA SIMPLES () QUANT.:
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO () QUANT.:
CONSULTA MEDICAMENTOSA () QUANT.:
IMOBILIZAÇÃO () QUANT.:
OUTRO: () QUANT.:

CODIGO: CID 10:

MEDICAÇÃO:

PRESCRITA ()
APLICADA ()
OUTROS ()

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

ASSINATURA E CARIMBO DO MED. CO. ASSISTENTE

Simão Santo da Silva

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 14/02/2014



Fundação Municipal de Saúde

HOSPITAL REGIONAL MARIANA PIRES FERREIRA

CNPJ: 11.963.359/0001-80



Boletim de atendimento de Urgência / Emergência

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE:	Zulide de Sousa Silva	DATA DE NASC:	19.10.1990	COR:	
SEXO:	☐ MASC. ☒ FEM.	PROFISSÃO:		DOC:	62.350.040-1
CNS:	400.0025.4239.1107	PAI:	Simão Bento da Silva	FONE:	19430 183
CONSULTA:	☐ 1ª ☐ SUBSEQUENTE	MÃE:	Mãe das Homildes de Sousa Silva		
ENDEREÇO:	AV: Duval Cavalcanti				
BAIRRO:	2ª R	CEP:	64748-000	MUNICÍPIO:	Araçua
ESTADO:	P				
DATA DO ATENDIMENTO:	14-02-2014		HORA DO ATENDIMENTO:	11:50	

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

ANAMNESE/EXAME FÍSICO:

Pa: 110x80 Hg: 117

Paciente chegou ao PS após sofrer queda de peso, estava incontinente. Refere dor de cabeça, vertigem, náuseas.

Do exame: ECR, eucoréia; dor de cabeça, vômito 19 vezes, incontinência.

PRESCRIÇÃO:

ANAL: 2T, 3ZF, 55, FCB 2

PRO: Flórida, melar, nítida

Otorralgia e coriza D.

Mo: TCG

Ed: SML 2000 mL, 2

4º HAZL

3) Dipirona - 1 - 100 mg, 12:00

4) Antacid - 1 - 100 mg, 12:00

PROCEDIMENTO REALIZADO

DRENAGEM DE ABCESSO () QUANT.:
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO () QUANT.:
PEQUENA CIRURGIA () QUANT.:
SUTURA SIMPLES () QUANT.:
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO () QUANT.:
CONSULTA MEDICAMENTOSA () QUANT.:
IMOBILIZAÇÃO () QUANT.:
OUTRO: () QUANT.:

CODIGO:

CID 10:

MEDICAÇÃO:

PRESCRITA ()

APLICADA ()

OUTROS ()

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Simão Bento da Silva

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03467

CONTA: 000000024649-9

Nr. da Autenticação AE51D988BD96A197

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-745/0081-00 | Ins. Estadual 19.701.303-4
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de emissão autorizado pelo SEFAZ/PA

Nº de Meta Fiscal 007953765

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 20.438 de 20 de abril de 2010.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	10/07/2018	30	20,97

MARIA DOS REIS DE SOUSA SILVA
R. JOAQUIM R DE SOUSA 389 CENTRO CENTRO
CPF: 00056645961391
CEP: 64.748-000 - ACAAIA

ROT: 207.796.04.16.059110

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	3243	Atual:	03/07/2018
Anterior:	3243	Anterior:	06/06/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	02/08/2018
Consumo Medido:	0	Emissão:	02/07/2018
Consumo Faturado:	30	Apresentação:	03/07/2018

MINIMO

Classe/Sub-classe	Uso	Numero Fornecedor	Med.	Código Pat	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1558874		1.1.1.1	51

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/18 0	CONSUMO 30 A R\$ 0,638/07 = 19,16
MAI/18 61	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 1,81
ABR/18 66	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,49
MAR/18 59	
FEV/18 59	
JAN/18 72	
DEZ/17 58	
NOV/17 62	
OUT/17 56	
SET/17 57	
PARTICIP. SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - R\$ 0,00	

MESSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/07/2018, em função das contas vencidas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no CADINRA. Informamos ainda existirem contas vencidas e a responsabilidade no valor de R\$ 20,75 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
06/2018	19,67	

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

RESERVADO AO FISCAL FD31.6E0D.0989.C557.D7DE.F707.0020.B331

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	5,19	Base de Cálculo:	
Energia:	9,84	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	1,54	Valor do ICMS:	
Encargos:	1,56	Valor do PIS:	0,18
Tributos:	1,03	Valor do COFINS:	0,85

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Índice	6,47	12,95	25,89	3,61	7,23	14,45	3,80
Variação	0,00		0,00			0,00	

PICOS - JUNCO

05/2018 17,79

05/2018 16,05310

Td 89- 994 01/10/11
999 17 67 09

REAL JURÍDICA



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO
RUA JOAO DE CASTRO NR 816 SB
CABUIS
26540-390 NILOPOLIS - RJ

CTC N IGUAÇU RJ PL4



101 135288001E30000000045030 1E816

[illegible][illegible]

HODGKIN-25
 RESEARCHED INVESTIGATIONS
 WAS EXISTE IN MR. HODGKIN
 DEPARTMENT

DATA AND CODE AVAILABILITY



REAL JURIDICA

RUA AUGUSTA 845105, 233 CENTRO
RIO VERDE - GO
75961-030

생물자원의 이용과 관련하여 5개 항목이 100%로 나타났다.

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 757 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-000
Fone: (065) 3241.3243
Fax: (065) 3241.3243
E-mail: atendimento@cppe.com.br
Site: www.cppe.com.br

Nº da Nota Fiscal

A Data de Emissão da Nota Fiscal - TSE Total em
R\$ 10.428 de 26 de abril de 2003.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSÍLIO (R\$)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	14/09/2018	37	26,61

MARIA DOS REINILDES DE SOUSA SILVA
R. JOAQUIM R DE SOUSA 389 CENTRO CENTRO
CPF: 00056645961391
CEP: 64.748-000 - ACAUA

DADOS DA LEITURA		DATA DA LEITURA	
Atual:	3247	Atual:	04/09/2018
Anterior:	1.000	Anterior:	04/10/2018
Constante de Multiplicação:	37	Problema Leitura:	03/09/2018
Consumo Medido:	37	Entrega:	08/09/2018
Consumo Estimado:		Apresentação:	33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classificação	Ligação	Modelo	Posto
RESIDENCIAL	MONO	41558874	1.1.1.1

HISTÓRICO DE	DESCRIÇÃO DA CONTA	
AGOSTO/18	CONSUMO	23,05
JUL/18	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,23
JUN/18	CORRECAO MONETARIA 10 08/18-00	0,12
MAY/18	MULTA POR ATRASO 03/18-00	0,55
ABR/18	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	0,06
MAR/18	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,64	
FEV/18		
JAN/18		
DEZ/17		
NOV/17		

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 03/09/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

COMPOSIÇÃO DA LEITURA - R\$		IMPOSTOS/TAXAS - R\$	
Distribuição:	6,40	Base de Cálculo:	
Energia:	12,13	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	1,90	Valor do ICMS:	
Encargos:	1,93	Valor do IPI:	0,23
Tributos:	1,29	Valor do CONTRIB:	1,06

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ZULEIDE DE SOUSA SILVA

RG nº 62.350.040-1, data de expedição 30/06/2016 Órgão SSP/SP

CPF nº 056.389.903-48, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	R. JOAQUIM R DE SOUSA	
Número	389	
Apto / Complemento		Comprovante de residência
Bairro	CENTRO	
Cidade	ACAUÃ	
Estado	PEAÚ	
CEP	64748-000	
Telefone de Contato	(11) 993740841	
E-mail	sousasilvazuleide@gmail.com	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ACAUÃ-PE, 23/05/2018.

Assinatura do Declarante:

Zuleide de Sousa Silva

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 729 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/0001-893 Insc. Estadual: 13.301.383-6
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela SZFAS/05/20

Nº da Nota Fiscal

013242266

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	13/11/2018	56	51,14

MARIA DOS REINOLDES DE SOUSA SILVA
R. JOAQUIM N DE SOUSA 389 CENTRO CENTRO
CPF: 00056645961391
CEP: 64.748-000 - ACAUÁ

DADOS DA LEITURA		DIFERENÇA DA LEITURA	
Atual:	5590	Atual:	05/11/2018
Anterior:	3340	Anterior:	05/10/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima leitura:	05/12/2018
Consumo Medido:	56	Estimado:	05/11/2018
Consumo Faturado:	56	Aprovação:	06/11/2018
	NORMAL		32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Nome/Endereço	Ligação	Medição Medida	Data	Código Pó
RESIDENCIAL	HOMO	A1558874		1.1.1.1
				44

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
OUT/18 36	CONSUMO	56 A R\$ 0,836379 = 46,83
SET/18 37	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	3,34
AGO/18 4	CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00	0,04
JUL/18 0	MULTA POR ATRASO 10/18-00	0,88
JUN/18 0	JUROS POR ATRASO 10/18-00	0,05
MAI/18 61	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,10
ABR/18 66	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	2,27
MAR/18 59		
FEV/18 59		
JAN/18 72		
TARIFA SOCIAL TSEE		
R\$ 56 - R\$ 56,59		

MENSAGENS IMPORTANTES / PRAZO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA QPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 05/11/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCAL FISC. CADA. 2503.2401.9663.5A74.6360.58DE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	9,54	Imposto de Renda:	46,83
Energia:	18,14	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	2,85	Valor do ICMS:	10,30
Fat. Social:	2,89	Valor do PIS:	0,55
Tributos:	13,41	Valor do COFINS:	2,56

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
6,47	12,95	25,89	3,63	7,73	14,45	3,80	
0,00			0,00			0,00	

Comprovante de residência



 COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ CNPJ: 06.845.747/0001-27 AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 N - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300	CONTA DE ÁGUA	
	ATENDIMENTO	
	08000 86 8888	
MÊS/ANO : 11/2018	VENCIMENTO : 16/11/2018	MATRÍCULA : 24056991

MARIA DOS H DE SOUSA SILVA
 RUA JOAQUIM RODRIGUES DE SOUSA, NUM. 389
 CENTRO
 ACAAU PI 64748-000

DESCRIÇÃO	229.001.0002.0047.00	HIDRÔMETRO	VOL. FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	ALIGF022042	10	REAL	76454560
DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DIAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA
27/09/2018	27/10/2018	30	137	186	12
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
10/2018	14	09/2018	10	08/2018	6
				07/2018	12
				06/2018	10
				05/2018	15

DESCRIÇÃO	VALORES (R\$)
TARIFA DE ÁGUA	26,91
MANUTENÇÃO DE HIDRÔMETRO 001/001	1,60
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	0,59
JURDS DE MORA 001/001	0,60

EVITE O CORTE
 VERIFIQUE SE O DÉBITO ABALOU ESTA PÁGINA.
 SE ESTIVER, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS	Base de Cálculo:	29,70	TOTAL A PAGAR (R\$)
	JR:	1,43	
	CSL:	0,30	
	COPINS:	0,89	
	PIS/PASEP:	0,18	
			29,70

AVISO DE DÉBITO: CONTAS > VALOR: 50,42
 A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTAS ALTERNATIVA
 RETIRE 2 VIA NO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR			
Parâmetro	Valor Médio	Padrão de Forç. 518/M	Padrão de Forç. 518/M
Fíbor	1,44	5,0	1,5
Turbidez	1,20	5,0 a 9,5	0,3
pH	6,46	7,0	0
Cor	0,66	0,2 a 5,0	0
Cloro			

Parâmetro	Valor Médio	Padrão de Forç. 518/M
Fíbor	0,00	0,3
Perro		0
Colif. Total	Ausente	0
Colif. fecal	Ausente	0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

000.018

RECEBIDO
 09 JAN 2019
 Responsável Líder DDUAT

Comprovante de residencia



Para contato com a Eletrobras, informe o NÚMERO

SEU CÓDIGO

0659698-3

010583419

CONSUMIDORA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sol - Teresina - PI
CNPJ 06.846.740/0001-80 | Tel.: 3424.0111
Rua Brasil / Centro de Energia Urbana - Sítio V-1
Regime especial de Imposto adotado pela SDAZ 06/06

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi aplicada pela Lei nº 7.024 de 24 de abril de 2003.

PERÍODO DE FATURAMENTO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	14/09/2018	37	26,61

MARIA DOS REIS REIS DE SOUSA SILVA
R. JOAQUIM R DE SOUSA 389 CENTRO CENTRO
CPF: 00056645961391
CEP: 64.744-000 ACAAU

DADOS DA CÉLULA	DATA DE FATURAMENTO
Atual: 3284	04/09/2018
Anterior: 3247	02/08/2018
Constante de Multiplicação: 1,000	04/10/2018
Consumo medido: 37	03/09/2018
Consumo Referencial: 37	08/09/2018
Consumo Referencial: NORMAL	93

Grupos Tarifários	Ligação	Atividade	Posto	CAQ de Pico	Ativo - 17 min
RESIDENCIAL	MONO	A1558874		1.1.1.1	46

HISTÓRICO DE FATURAMENTO	DESCRIÇÃO DA CÉLULA	VALOR (R\$)
AGO/18	CONSUMO 37 A R\$ 0,639248	23,65
JUL/18	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSP)	2,23
JUN/18	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00	0,12
MAI/18	MULTA POR ATRASO 03/18-00	0,55
ABR/18	JUROS DE MORA DE INPO 08/18-00	0,06
MAR/18	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,64	
FEV/18		
JAN/18		
DEZ/17		
NOV/17		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
R\$ 37 - 0,639248		

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 35 20 25
Parabéns! Até o dia 03/09/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCAL 4CSF.2708.FB23.9688.R508.F3E0.48DA.5313

COMPOSIÇÃO DA CÉLULA - R\$	IMPÓSITOS/ENCARGOS - R\$
Distribuição: 6,40	Base de Cálculo:
Energia: 12,13	Alíquota ICMS:
Encargos: 1,90	Valor do ICMS:
Encargos: 1,93	Valor do ICMS: 0,23
Tributos: 1,29	Valor do ICMS: 1,06

INFORMAÇÕES DE CONTINUIDADE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ZULEIDE DE SOUSA SILVA

RG nº 62.350.040-1, data de expedição 30/06/2016 Órgão SSP/SP

CPF nº 056.389.903-48, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro;

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. JOAQUIM L DE SOUSA</u>
Número	<u>389</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ACAUÃ</u>
Estado	<u>PEAUI</u>
CEP	<u>64748-000</u>
Telefone de Contato	<u>(11) 993740841</u>
E-mail	<u>sousasilvazuleide@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ACAUÃ-PE, 23/05/2018.

Assinatura do Declarante: Zuleide de Sousa Silva

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/PI - Teresina - PI
CEP 64.000-000 (Insc. Estadual 14.301.320-5)
Nº de Fone 1 e 2: 3340 (Insc. Municipal 14.301.320-5)
Regime especial de Imposto de Renda pelo 3332/00/20

1ª de Nota Fiscal 013242266

Atenção: Toda a fatura elétrica - TSE - tem validade até 10 dias do dia de emissão.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	13/11/2018	56	51,14

MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA
R. JOAQUIM R DE SOUSA 389 CENTRO CENTRO
CPF: 00056545961391
CEP: 64.748-000 - ACAUA

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 3340	Atual: 05/11/2018
Anterior: 1,000	Anterior: 05/12/2018
Constante de Multiplicação: 56	Próxima Leitura: 05/11/2018
Consumo Medido: 56	Entrega: 06/11/2018
Consumo Faturado: 56	Apresentação: 32
NORMAL	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Nome/Endereço	Idade	Plano de Contas	Endereço	Código P. 12 dígitos
RESIDENCIAL	NONO	A1558874	1.1.1.1	44

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
OUT/18 50	CONSUMO 56 A R\$ 0,91279 = 46,83
SET/18 37	CONTR. TRIBUTACAO PIS (COSIP) 3,34
AGO/18 4	CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00 0,04
JUL/18 0	MULTA POR ATRASO 10/18-00 0,00
JUN/18 0	JUROS POR ATRASO 10/18-00 0,00
MAI/18 61	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,10
ABR/18 66	ADICIONAL BANDEIRA VERDE/AM - 2,27
MAR/18 59	
FEV/18 59	
JAN/18 72	
TOTAL DA FATURA: 51,14	
0 A 56 - 0,91279	

MENSAGENS IMPORTANTES / PREAVISOS DE VENCIMENTO
LIQUE SEUS 086 0800 E FAÇA O PLANO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 05/11/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESUMÃO DO FATO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
CE3C, CHUA, 2503, 2483, 0863, 5A, 74, 6360, 5806		Distribuição: 9,54		Imposto de Renda: 46,83	
		Energia: 18,14		Alíquota ICMS: 22,00%	
		Transmissão: 2,85		Valor do ICMS: 10,30	
		Encargos: 2,89		Valor do PIS: 0,55	
		Tributos: 18,41		Valor do COFINS: 2,56	
INDICADORES DE CONSUMIDORES					
6,47	12,95	25,89	3,61	7,73	14,45
0,00			0,00		0,00

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ
 CNPJ: 06.845.747/0001-27
 AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 N - CRP: 64.000-610
 FONE GERAL: 3216-5100

CONTA DE ÁGUA
 ATENDIMENTO
08000 86 8888
 MATRÍCULA: 24555293

MÊS/ANO: 11/2018 **VENCIMENTO: 18/11/2018**

MARIA DOS R DE SOUSA SILVA
 RUA JOAQUIM RODRIGUES DE SOUSA, NUM. 389
 CENTRO
 ACADE PI 64740-000

CATEGORIA	RECORRIDAS	HIDROMETRO	VOL. FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	AL6F022007	10	GERAL	76454560
DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DIAS CUMULADO	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA
27/09/2018	27/10/2018	30	177	186	12
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.
10/2018 14	09/2018 70	08/2018 6	07/2018 12	06/2018 10	05/2018 15

DESCRIÇÃO

TARIFA DE ÁGUA
 MANUTENÇÃO DE HIDROMETRO 001/001
 MULTA IMPONTUALIDADE 001/001
 JUROS DE MORA 001/001

EVITE O CORTE
 VERIFIQUE SE O DÉBITO ABAIXO ESTÁ PAGO
 SE ESTIVER, DESCONSIDERE ESTE AVISO

26.91
 1.60
 0.59
 0.60

DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS	Base de Cálculo:	29.70	TOTAL A PAGAR (R\$)
	IR: 1.43	COTINS: 0.89	29.70
	CELS: 0.38	PIS/PASEP: 0.19	

AVISO DE DÉBITO: CONTRA: 2 VALOR: 50.41
 A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA
 RETIRE 2 VIA NO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR			
Parâmetro	Valor Médio	Padrão de Port. 518/05	Padrão de Port. 518/05
Turbidez	1.44	5.0	1.5
pH	7.20	6.0 A 9.5	0.3
Cor	0.45	25.0	0
Cloro	0.64	0.2 A 0.8	0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

000.018

RECEBIDO
 09 JAN 2019
 Responsável: Lúcia DUARTE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva);

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO CARLOS DE LIMA MACEDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.281.807, 22 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ZULCIDE DE SOUSA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.389.903, 48 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ZULCIDE DE SOUSA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.389.903, 48 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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>Rua João de Castro</u>	Número <u>816</u>	Complemento —
Bairro <u>CABUÍ</u>	Cidade <u>Nilópolis</u>	Estado <u>RO</u>
Email —	Telefone comercial (DDD) —	CEP <u>06540-390</u>
		Telefone celular (DDD) <u>(21) 96467-3588</u>

RO 05 de Setembro de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



DENTHIN

0320180000162

Nº 012825467660

00154905504

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

023500c2c022418c94ab82e44dc68f871364b3012818

[-VTA]

VIA 1 009726924 R9

-ANTAC

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

RUA PROJETADA VINTE E OITO. 00003
COFAB PI

05638990348

PLATA
REV. 5-5-78

MARTINS DANIEL ROE SCUSA

PLACA ANT/UF
DRX-552B

CHASSI
9C2JC30705B75E132

ESPECIE TÃO
CAR/MOTOCICLO/NENHUMA

COMBUSTIBLE
GASOLINE

MARCA/MODELO
HONDA/CG 125 FAM JOB, KE

AND FAB	AND MOD
2005	2005

01P/0124CC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE-
PRETA

15-~~RESTRICTED~~

PLAUSA

-LOCAL

10773-0185

1998年12月15日

01 前部 右后侧 (下) 侧视图

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV -
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTES VEÍCULO, PARA:**

VALORES

NOME DO COMPRADOR:

RG: _____
CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

R) O vendedor tem a obrigação legal de fornecer a seguinte documentação para a transferência do veículo ao comprador, no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser responsabilizado solidariamente pelas penalidades impostas e suas incidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
b) O vendedor terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração (Art. 253 do CTB).
c) É obrigatório o recolhimento de taxas de aquisição e de venda, e a emissão de documento na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____
ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 329 DO CC.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PI Nº 013604222485
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 0087282188
COP. RENOVAC. 2018
NOME: JOSE JOE NO
RUA: RUA JOE NO
Cidade: JOE NO
Estado: JOE NO
Data: 30/08/2018

PLACA: INK-552B
Cidade: JOE NO
Estado: JOE NO
Data: 30/08/2018

EXERCÍCIO: 2018
Cidade: JOE NO
Estado: JOE NO
Data: 30/08/2018

PLACA: INK-552B
Cidade: JOE NO
Estado: JOE NO
Data: 30/08/2018

EXERCÍCIO: 2018
Cidade: JOE NO
Estado: JOE NO
Data: 30/08/2018

PLACA: INK-552B
Cidade: JOE NO
Estado: JOE NO
Data: 30/08/2018

EXERCÍCIO: 2018
Cidade: JOE NO
Estado: JOE NO
Data: 30/08/2018

PLACA: INK-552B
Cidade: JOE NO
Estado: JOE NO
Data: 30/08/2018

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
FISICA (TRANSITANTES OU NAU) SEGURO DPVAT

PI Nº 013604222485 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 0600 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 30/08/2018

VIA: 0087282188 PLACA: INK-552B

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 30/08/2018

VIA: 0087282188 PLACA: INK-552B

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 30/08/2018

VIA: 0087282188 PLACA: INK-552B

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 30/08/2018

VIA: 0087282188 PLACA: INK-552B

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 30/08/2018

VIA: 0087282188 PLACA: INK-552B

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 30/08/2018

VIA: 0087282188 PLACA: INK-552B

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 30/08/2018

VIA: 0087282188 PLACA: INK-552B

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

АУТЕНТИКАЦИЯ МЕХАНИКИ



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PICO/PI - 34501-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0503372

Registro: 385035

Data: 14/02/2018

Hora: 14:05:00

Funcionário: KLEBIA

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 73

SUS

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Nasc.: 19/10/1990

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS

Profissão: LAVADOR

End.: SEBASTIAO VITORIA, 0

Bairro: CENTRO

Civil:

CEP: 64748-000

Cor: PARDA

Telefone: (89) 9940-40308

Mãe: MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA

Cidade: ACAUA/PI

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: AMB ACAUA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301050118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 14:19:49

Prioridade:

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

Queixa/História: PACIENTE APRESENTA OTORRAGIA + DESORIENTAÇÃO + HEMATEMESE PÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Alergias: NEGA

Medicação Usual: NDN

PA: 140/90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mmpr

SAT O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHAMENTO EM ANEXO

Conduta: AO-CLINICO

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência ☐ Destino:

ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Paciente ou Responsável

6801 - JOSE MARIA DE ARAUJO FILHO
Médico Responsável

SEBASTIAO VITORIA 180 13-SET-2018 17:48:03 34 1/1



Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Médico:

Radiologista: PI2832

Data: 14/02/2018

AV. GETÚLIO VARGAS, 509, CENTRO
FONE: (89) 3422-1235

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Tomografia computadorizada sem contraste venoso.

Achados:

Fratura posterior na linha média do osso parietal, se estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal, com hemotímpano à direita.

Hematoma subgaleal parietal na linha média e frontotemporal direito.

Discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3 cm.

Ausência de processo expansivo neoplásico parenquimatosa, hemorragia parenquimatosa aguda, desvio das estruturas da linha média ou apagamento das cisternas da base.

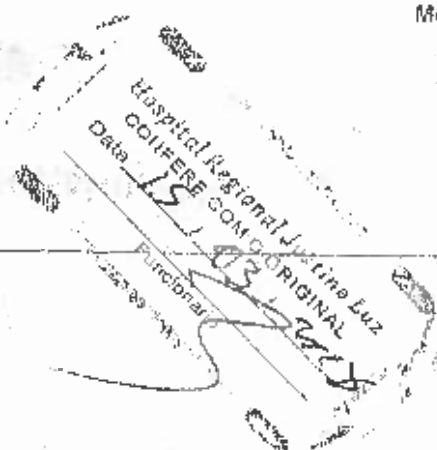
Sistema ventricular típico, com morfologia e dimensões preservadas.

Conclusão:

Laudo descritivo.

Documento assinado digitalmente em 14/02/2018 por:
Dr. Fábio Augusto Costa Martins

Dr Fábio Augusto Costa Martins
Médico Radiologista
CRM PI - 2823





Fundação Municipal de Saúde
HOSPITAL REGIONAL MARIANA PIRES FERREIRA
 CNPJ: 11.963.359/0001-80



GUIA DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

PACIENTE: Barbosa, João Silva DATA NASC.: 1/1/1968

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

1º DESTINO: HA-JC 2º DESTINO: _____

HISTÓRIA: Paciente com quadro de hipertensão arterial sistêmica, em tratamento com medicação. Faz uso de medicação para hipertensão, não há sintomas de insuficiência cardíaca. Exames: Glicemia, colesterol, triglicéridos, hemograma, creatinina, ureia, ácido úrico, todos dentro da normalidade.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Intervenção cirúrgica de emergência.
MO: T.C.E.

PROPOSTA: Paciente necessita de TC de emergência para avaliação de complicações.
Ass: [Assinatura]

TERAPÊUTICA REALIZADA: SRC 200mg por 1 dia
Quinolona 1mg 1 dia
Antibiótico 1mg 1 dia
Outros: [Assinatura]

DATA: 19/08/18

MÉDICO: _____

TÉC. DE ENFERMAGEM: _____

MOTORISTA: _____

AMBULÂNCIA: _____

Hospital Regional Justino Luz
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Data: 19/08/18
 Função: _____
 ASSINATURA E CARIMBO
 ASS. E CARIMBO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
SULEIDE D SOUSA SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
7000254139-107
10 - NOME DA MÃE
MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA
12 - ENDEREÇO
LESTE BRASILEIRA, 0 -
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ACAUA

8 - DATA DE NASCIMENTO
19/10/1990

19/10/1990

Mapa

6 - N° DO PRONTUÁRIO

234561

9 - SEXO

1 - FEM. X 2 - MASC.

11 - TELEFONE DE CONTATO

(09) 9940 35947

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2200053

15 - UF

PI

16 - CEP

64740-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de peso
- TCE
- Fmt. PO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

TCE

0303040084

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

TCE

SC68 V294

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE

21 - CID PRINCIPAL

J06.2

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TCE

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

35.443.13.10

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

NEUROCIRURGIA

URGÊNCIA

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/02/2018

32 - ASS. E CARIMBO (N° DO CRM)

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - ACIDENTE TRAB. TÍPICO

41 - ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAL EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORÇÃO EMISSOR

45 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

M22035090

62780

46 - CODUMENTO

47 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF 078.977.623-67

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

2218301217306

Atendimento	1057429
Data:	15/02/2018
Hora:	3:40

Nº
RAO

BOLETIM DE ADMISSÃO

164561 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 19/10/1990 - 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Clinica: NEUROCIRURGIA Enfermaria: N05- NEUROCIRURGIA Leito: N0501 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 0000 HOSPITAL TIBERIO NUNES

RG: 62.350.040-1 C/N: SIS Prontat:

Endereço: LESTE BRASILEIRA, Nº 0 - CEP: 64748-000 Bairro:

Cidade: 2200053- ACAUA/PI Profissão: Telefone: () -

Pai: SIMIAO BENTO DA SILVA Mãe: MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA - () -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Leitor de Acompanhante:

☐ Sim

☐ Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANO/PI
30 07 2018

HOSPITAL TIBERIO NUNES

TCE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ZULCIDE SOUSA

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONTUÁRIO
CLÍNICA
NEUROCIRURGIA

ENFERMAGEM

LEITO

MÉDICO ASSIST.

203

OBSERVAÇÕES

TCE GNV

At 13:15h com acompanhamento de
neurologia, ECG. Exat. 13:15h
13/06/2013

19/06/13

1 - Dieta 3M/SND	() () ()	
2 - SF0,9% 1500 ml EV 24 h	() () ()	
KCl 10% 5 ml por soro	() () ()	
3 - Fenitoina 2ml + 8ml AD EV 8/8 horas	14 2.2 0.6	
4 - Dipirona 2 ml EV 6/6 horas	12 1.8 2.4 0.6	
5 - Plasil 1ampola EV S/N	ATENÇÃO	
6 - Ranitidina 50mg EV 8/8 horas	14 2.2 0.6	
7 - Tilactil 20mg EV 12/12 horas	10 2.2	
8 - Dimorf 1,0ML + 9,0ML DE ÁGUA DESTILADA (FAZER 3,0ML EV S/N)	ATENÇÃO	
9 - Haldol 10 mg EV S/N	ATENÇÃO	
10 - Tylex 30mg VO S/N	ATENÇÃO	
11 - Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml EV S/N	ATENÇÃO	
12 - SSVY + COGG + Cabeceira elevada 30° (TAX, P, R, PA e FC)	12 1.8 2.4 0.6	
13-FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA		
 421201		

PACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA

INFERMARIAS: 1055-NEUROCIRURGIA

LEITO: 00502

ADMISSÃO: 15/02/2018

DIAS INTERNADO: 3

27 ANOS 3 MESES 27 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/02/2018 - 11:03:34

Evolução Médica

11:03:28

BO M ESTADO GERAL

ECG 15

CEFALEIA

CD TC CONTROLE

DIETA BRANDA

DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1G

1,00 AMP IV

06/08H

FENITOINA SODICA 100 MG

1,00 COM ORAL

08/08H

TRAMADOL (CLORIDRATO) 50MG/ML - AMP 2ML

1,00 AMP IV

08/08H

DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9%

JELCO SALINIZADO

EXAME: TC Crânio (cont.)
DATA/HORA: 18/02/18
ASS: TERCIOLOXIA

João Carlos de Oliveira
Neurocirurgião

4083 - JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1
Data impresso: 18/02/2018

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da Internação: 16/02/2018 - 03:40:00

Sexo: F

Idade: 27 ANOS,3 MESES,27 DIAS

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA

Clinica: NEUROCIRURGIA Leito: N0203

Evolução

18/02/2018

Enfermeiro(a)

Assinatura

10:00:00	SEGUE CONSCIENTE, DESORIENTADO, FASICO, INQUIETA, RESPIRANDO AR AMBIENTE. ACEITA DIETA OFERECIDA, SONO E REPOUSO SATISFATORIO. QUEIXA-SE DE CEFALÉIA INTENSA, MEDICADA CPM.	EDINALVA	Edinalva Nogueira Virgulim Enfermeira COREN-PI 312.518
16:00:00	REALIZADO TC CONFORME SOLICITAÇÃO.	EDINALVA	Edinalva Nogueira Virgulim Enfermeira COREN-PI 312.518

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Nome:

Zuleide de Sousa

End.:

Leito

203

Data:

18/02/18

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

As 12h pt, segue com repouso no leito, calma, consciente, fôlego livre-se de dor intensa, Delírio reduzido medicação conforme Presc.

Ps = 112 x 80, T = 36,9, FC = 69, R = 20. A. Costa Lps

As 18h repacado Ps = 120 x 90, T = 35,9, R = 20. A. Costa Lps

FC = 64. T. de Sousa Lps

As 24:00h paciente segue sem queixas algas no momento Dor 7mm, T = 36,8°C bpm 68. Sc. J. J. Lps

As 6:00h paciente calma, consciente, queixas sem queixas algas Sc. J. J. Lps
 Ps = 133 x 90 mmHg T = 36,8°C bpm 69.

30 02 2018

PACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA

27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

ENFERMARIA: N05-NEUROCIRURGIA

LEITO: N0502

ADMISSÃO: 15/02/2018

DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

17/02/2018 - 18:24:37

Evolução Médica

18:24:28

TCE

ECG 15

SEM DEF CITS NEUROLOGICOS FOCAS

CEFALEIA LEVE

C/D ANALGESIA

TC CONTROL AMANHÃ

DIETA BRANDA

DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1G
FENITOINA SODICA 100 MG
TRAMADOL (CLORIDRATO) 50MG/ML - AMP 2ML
JELCO SALINIZADO

1,00 AMP IV
1,00 COM ORAL
1,00 AMP IV

06/08H
08/08H
08/08H

1.5g
1.5g
1.5g

1.5g
1.5g
1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

1.5g

4083 - JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA, JUNIOR

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Nome:

Fulvicle de Sousa Silva

End.:

Leito

502

Data:

12/10/2018

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

As 10:05 paciente evolui comiente, acordada, ECOG 15, apresentando hematoma bilateral, torçao e D, hematoma na tração da culatra e D, sono e repouso prejudicados, exortando, pelo corpo, cefaléia intensa (NC), sob vigilância da equipe de enfermagem. Ex. Semelhante 538.036.

GABRIEL FERREIRA, S/N, Q - MANGUINHA
64800-400, FLORIANO/PI
CNPJ: 06.553.564/0103-62
TELEFONE: (89) 3522-1489

PACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA

ENFERMARIA: N05-NEUROCIRURGIA LEITO: N0502 ADMISSÃO: 15/02/2018 DIAS INTERNADO: 1 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

16/02/2018 - 10:28:07

Evolução Médica

10:27:48 TC E LEVE
FX MASTÓIDE D
FX PO E
GLASGOW 14
CO: OBSERVAÇÃO

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML	1,00 BOL	IV	06/06H	(06/06) (06/06) (06/06) (06/06)	
DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1G	1,00 AMP	IV	06/06H	1 (06/06) 1 (06/06) 2 (06/06)	
FENITOINA SODICA 100 MG	1,00 COM	ORAL	08/08H	1 (08/08) 2 (08/08) 2 (08/08)	
DECADRON 4MG IV 06/06H					
SSVV - (TAX, P, R, PA e FC)	18	24	06		

Tramadol 50mg, IV, 08/08h. 28/02/2018

Dr. Elton Bezerra
CRM: 010.000.000-00
CPF: 010.000.000-00

5318 - ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA

Hospital Regional "Tibério Nunes"
 Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
 Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

End.: Leito 505- Data: 12/10/10

44h zona corrente orientada leste, que vem do se. e. alia, muito fraco. 530V; PA = 100/60 mmHg, TA = 36°C, P = 68 bpm — brônquios síticos.

48h 50V; PA = 140/70 mmHg, TA = 36,7°C, P = 65 bpm. síticos com crepitações de estenocardi. — brônquios síticos.

52h 50V. pressão arterial normal, crepitações diminuídas com alguns r. 20x20 mm. TA = 36°C, P = 74 bpm. fraca — — — síticos.

53h 60V. pressão normal em repouso. — — — alguns r. no momento. — — — 100x50 mmHg. TA = 37°C. bpm. 74. Fr. fraca — — —

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00

Sexo: F

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA

Clinica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Data impressa: 16/02/2018
 Page 1 of 1

Anotação
 16/02/2018

Técnico(a)

Assinatura

16:06:52	PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS. - PA:110/86 TAX:37º F.C.:58 F.R.:0 Glicemia:0	IANARA	IANARA D. V. SOUSA Técnica de Enfermagem COREN-SC 676911
19:16:44	SEGUE REFERINDO CEFALÉIA, MEDICADA CONFORME PRESCRITO. - PA:124/77 TAX:0º F.C.:57 F.R.:0 Glicemia:0	IANARA	IANARA D. V. SOUSA Técnica de Enfermagem COREN-SC 676911

DEB. PA - 103 x 57 mmHg / 8 - 538 mmHg
 IANARA D. V. SOUSA
 Técnica de Enfermagem
 COREN-SC 676911

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data Impresso: 16/02/2018

Page 1 of 1

Data da Internação: 16/02/2018 - 03:40:00
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Anotação

16/02/2018

Técnico(a)

Assinatura

02:15:08	PACIENTE CALMA, SONOLENTA SEM QUEIXAS ALGICAS - PA:11/70 TAX:37º F.C.:81 F.R.:0 Glicemia: 0	JOSELIAS	
----------	---	----------	---

na ECOM. - por - 200x60 mm - 10x 36, 1^o - bom 63. - G.C. - Joselias

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00

Sexo: F

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Page 1 of 1
Data impresso: 15/02/2018Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

15/02/2018

10:00:00	SEGUE SONOLENTA, ORIENTADO, FASICO, COOPERATIVO, AVP EM MSE, HIGIENIZADO, REFERE CEFALÉIA E OTORRAGIA D.	EDINALVA	Edinalva Nogueira Virgínia Enfermeira COREN: 01 312 518
	ACEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SONO E REPOUSO TRANQUILO.		

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 15/02/2018

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00

Sexo: F

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA

Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Anotação

15/02/2018

Técnico(a) Assinatura

18:00:00	PACIENTE CALMA, UM POUCO SONOLENTA, SEM QUEIXAS ALGAS NO MOMENTO - PA:111/60 TAX: 37º F.C.:89 F.R.: 19 Glicemia: 0	MARILUCIA	Marilda Bezerra de Albuquerque Técnica de Enfermagem CRL-15.138.865
12:00:00	PACIENTE CALMA, SONOLENTA, ORIENTADA, SEM ALTERAÇÕES ATÉ O MOMENTO - PA:111/70 TAX: 37º F.C.:90 F.R.: 0 Glicemia: 0	MARILUCIA	Marilda Bezerra de Albuquerque Técnica de Enfermagem CRL-15.138.865

**Secretaria de Saúde do Estado do F. Ju
Hospital Regional "Tibério Nunes"**

Mod. 312 Frente a Verso - Prática Médica

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

-1057429--ZULEIDE D SOUSA SILVA

Page 1 of 1

Data impresso: 15/02/2018

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00

Sexo: F

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA

Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0501

Evolução

15/02/2018

Enfermeiro(a)

Assinatura

06:09:44 JOVEM SOFREU ACIDENTE MOTO, SEGUE CONSCIENTE, DESORIENTADA, CALMA, SONOLENTA, RESPIRA AR AMBIENTE, SEM DEFICITS, APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO, SOB VIGILÂNCIA.

GESANE

Laceir Silva
57866

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Sexo: F Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Anotação

15/02/2018

07:42:09

DESORIENTADA, SONOLENTA, CALMA - PA: 110/80 TAX: 36° F.C.: 55 F.R.: 0 Glicemia: 0

VALDINA

Técnico(a)

Assinatura

Valdina

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

Zulciote de Sousa Silva

CLÍNICA:

PS

ACÚMULO:

NEURO

MOTIVO DA CONSULTA

Verificação de acidente de TCE e
alt. em TCE

DATA:

15/02/18

Dr. César Romualdo Guimarães
MÉDICO
CRM 1.423(PD)

ASS. MÉDICO

PARECER:

Exame

- Quase 20 anos

15/02/18

032

- G.M.S. PD = PD + F.A.

OTOMIA (2)

Ex. F. M. S. 100 (2) +

Ex. F. M. S. 100 (2)

Ex. F. M. S. 100 (2) +

DATA:

Informações Gerais

- Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SANTOS - 15/10/1990 (27 anos) Acauã, Mãe: (/pacientes/107708)
- Local: Hospital Regional Tiberio Nunes (Fichano/PI) (estabelecimento: 4/33)
- Class. Risco: Urgente

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante
Hospital Regional Jusé no Iuz (Picos/PI)

Médico Solicitante
LUIS DO E. SANTO DE CARVALHO COSTA JUNIOR

Usuário Solicitante
Usuário Padrão

Senha
20180214148313

Observação solicitante
ASS.SOCIAL KALLINE RECEBEU A SENHA

Corrêti
gência

Tipo de Leito
Neurocirurgia

Diagn
Hemorragia subdura: devida a traumatismo

Descrição Clínica
Paciente vítima de acidente motociclístico, apresentando cefaleia, vômitos, desorientação e otorragia severa à direita. TC Crânio: fratura posterior na linha média do osso parietal, estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal com hemotímpano à direita, discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3cm.

Protocolo de Atendimento
Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (D > 50 g/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Glicemia (D < 500 mg/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Escala de Glasgow (D > 15 ou Não Informado): 13

Saturação de oxigênio (D > 100 % ou Não Informado): 99

Frequência respiratória (D < 80 rpm ou Não Informado): 14

Frequência cardíaca (D < 160 bpm ou Não Informado): 96

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 140X90

Observações

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
14/02/2018 19:26	corpo medico hri	Pendente	
14/02/2018 20:12	Ana Rita Gonçalves Melo	Fila de Espera	
14/02/2018 20:12	Ana Rita Gonçalves Melo	Regulada	

Informações Gerais

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SANTOS - - 19/10/1990 (27 anos), Acadêmica (pacientes/107708)
Leito:
Classe Fiscal: Urgente

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante
Hospital Regional: Justino Luz (P.ous/PI)

Médico Solicitante
LUIS DO E. SANTO DE CARVALHO COSTA JUNIOR

Usuário Solicitante
Usuário Padrão

Senha

Observação solicitante

Caráter
Urgência

do de Leito
Neurocirurgia

CIDs
Hemorragia subdural crivada e traumática

Descrição Clínica
Paciente vítima de acidente motociclístico, apresentando cefaléia, vômitos, desorientação e otorragia severa a direita. TC Crânio: fratura posterior na linha média do osso parietal, se estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal, com hemotímpano à direita; discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3cm.

Protocolo de Atendimento
Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 13

Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 99

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 14

Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não Informado): 96

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 140X90

Observações

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
14/02/2018 15:26	oc:po medico hj	Pendente	

Carimbo de Recebimento
14/02/2018
08:00:00



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184-BOMBA, PICOS/PI
Telefone: (89) 3422-1314, FAX: (89) 3422-1314
CNPJ: 06.553.564/0102-81, Email: HRJL@HRJL.PI.GOV.BR

Atendimento: E088995



EXTERNO

Coletado:

Data: 14/02/2018

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Medico(a): LUIS DO ESPIRITO SANTO DE CARVALHO COS
Convênio: SUS

Leito: Enfermaria:

Sexo: FEMININO
Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS
Impresso: 14/02/2018

HEMOGRAMA

Material: SANGUE
Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS 3,86 milhões/mm³
HEMOGLOBINA 11,3 g%
HEMATÓCRITO 33,9 %
VCM 87,82 u³
HCM 29,27 pg
HCM 33,33 %

4,5 a 5,9 milhões/mm³
12,0 a 17,5 g%
40 a 52 %
80 a 100 U³
26 a 34 pg
31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS 15,900 mm³
NEUTRÓCITOS 00 %
METAMELOCITOS 00 %
EASTONETES 01 %
SEGMENTADOS 87 %
BASÓFILOS 00 %
EOSINÓFILOS 01 %
LINFÓCITOS 08 %
MONÓCITOS 03 %
LINFÓCITOS ATÍPICOS 00 %
CONTAGEM GERAL 100,00

0
0
0,159
13,833
0
0,159
1,272
0,477
0

4.500 a 11.000 /mm³
0 a 1 % Até 100 /mm³
0 a 4 % Até 400 /mm³
36 a 66 % 2000 a 7500 /mm³
0 a 1 % Até 100 /mm³
0 a 4 % 100 a 400 /mm³
20 a 40 % 900 a 4400 /mm³
2 a 8 % 200 a 800 /mm³
100%

PLAQUETAS

366.000 /mm³

150.000 a 400.000 /μL

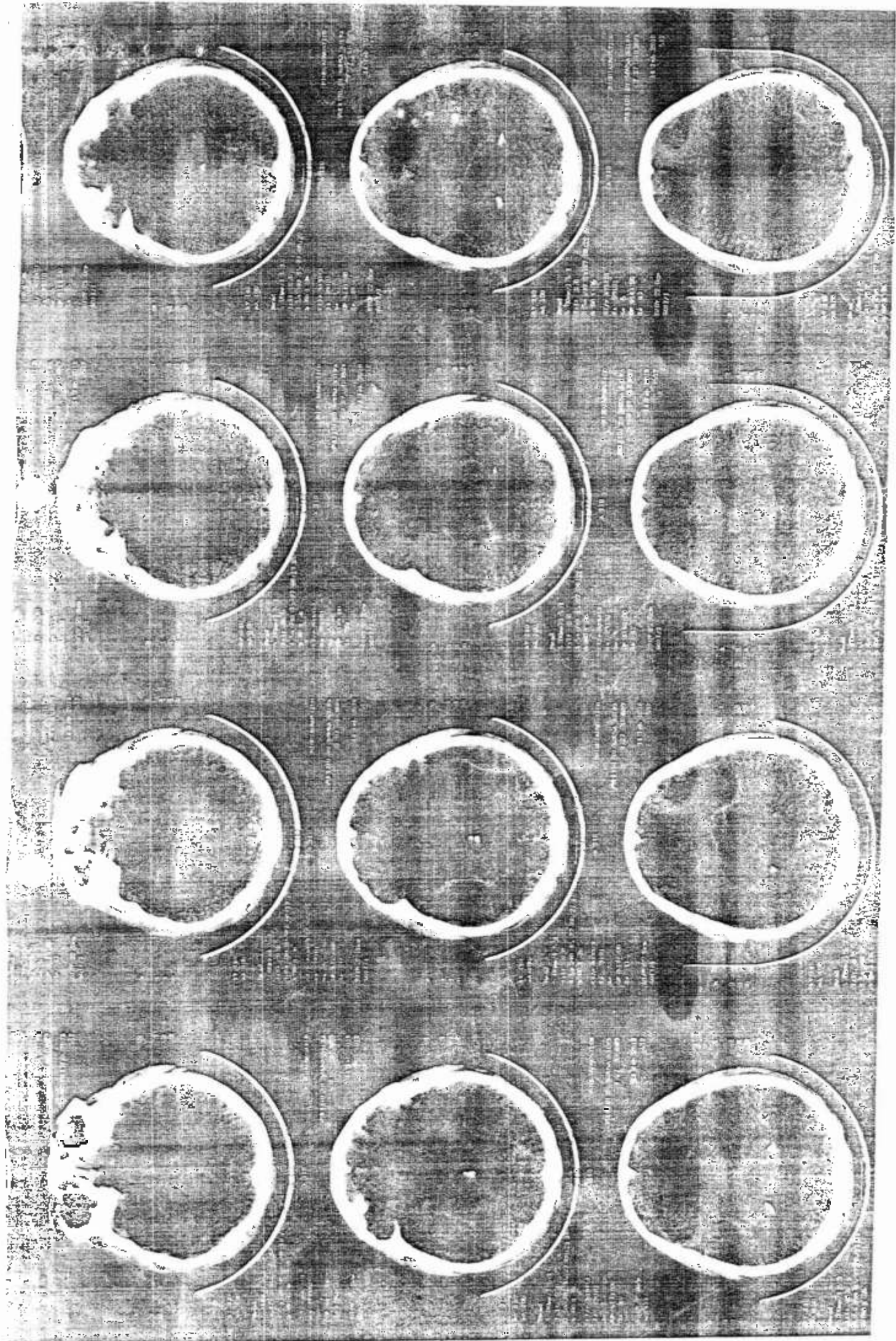
OBSERVAÇÕES

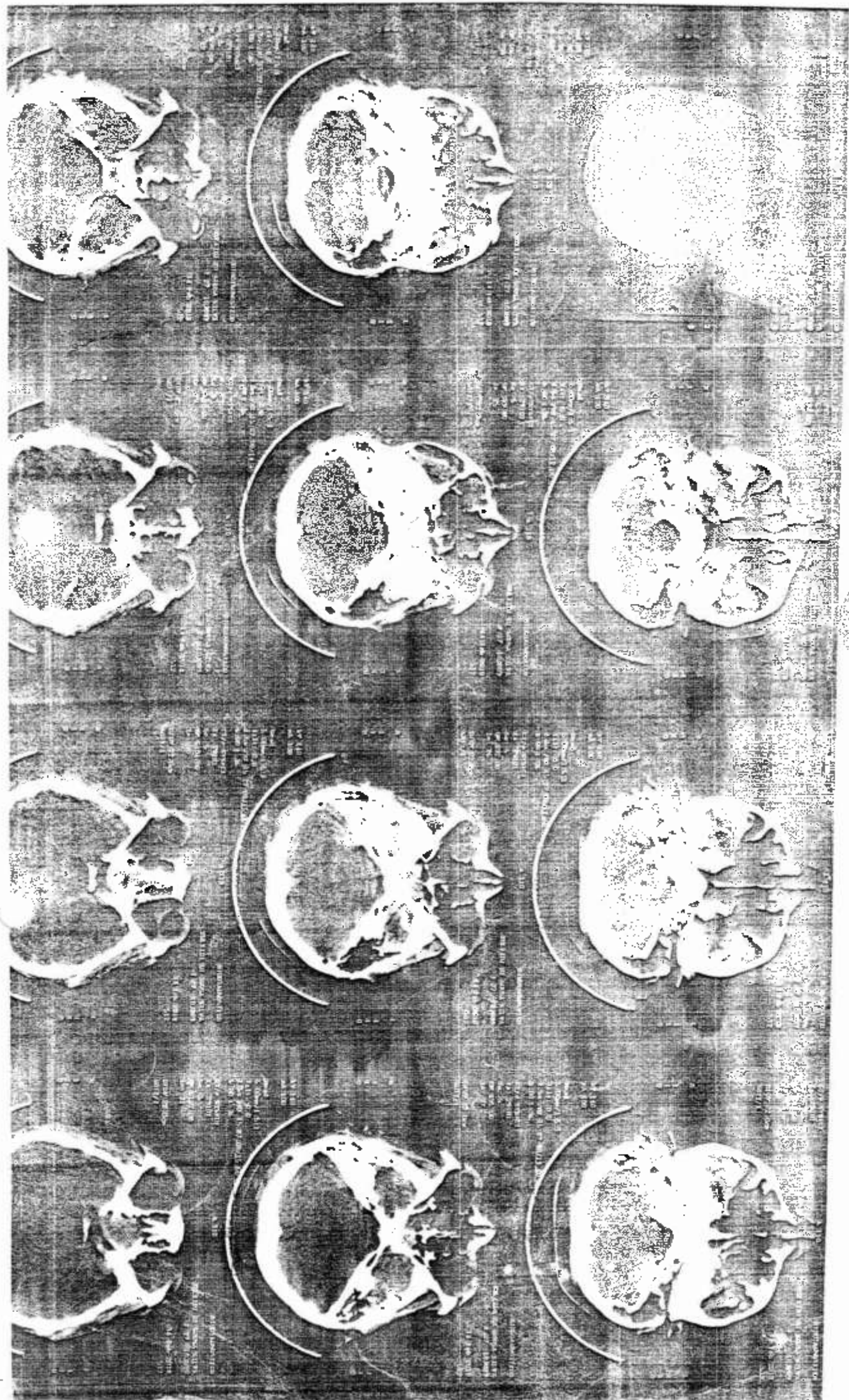
OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado: 14/02/2018 - 20:40:00
Liberado: 14/02/2018 - 21:03:28

Leucocitos 15.900
Neutrofilia Moderada

Dr. Marcelo J. Albano Lima
CRM 2-5698







Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Médico:

Radiologista: PI2832

Data: 14/02/2018

AV. GETÚLIO VARGAS, 509, CENTRO

FONE: (89) 3422-1235

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Tomografia computadorizada sem contraste venoso.

Achados:

Fratura posterior na linha média do osso parietal, se estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal, com hemotímpano à direita.

Hematoma subgaleal parietal na linha média e frontotemporal direito.

Discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3 cm.

Ausência de processo expansivo neoplásico parenquimatoso, hemorragia parenquimatosa aguda, desvio das estruturas da linha média ou apagamento das cisternas da base.

Sistema ventricular típico, com morfologia e dimensões preservadas.

Conclusão:

Laudo descritivo.

Documento assinado digitalmente em 14/02/2018 por
Dr. Fábio Augusto Costa Martins

Dr Fábio Augusto Costa Martins
Médico Radiologista
CRM PI - 2823



GUIA DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

PACIENTE: Enrique de Lima DATA NASC.: 1/1/1961

ENDERECO: _____ FONE: _____

1º DESTINO: MA-30 2º DESTINO: _____

HDA: Positivo exposto ao E3 Após Sujeito quando
de febre, estava em capacidade inferior àquela vari-
ante já e desorientado. Faz uso de medicação
para diminuir sua dor interna "mais ou menos".

Adverse: Eth. Consent, dignity, privacy, autonomy.

Parent, ~ Aunt, Son, PC, Aunt, RCB, UT, BNF, sis, 1 m. Flashed in door.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: *interação com o meio*

50-7661

Provision TCE: Pre-1997 income in TC in 1997
 1. ~~income~~ - also same in employment

140/90 mmHg

TERAPÊUTICA REALIZADA: SCL 200 mg po

2) Quadratmethode $\rightarrow 1 \text{ m}^2$ W

$$2) \quad 2' - 2 - 0 = 1 - 2 - 0 = 0, 0$$

سہ ماہی ۱۹۸۱ء

DATA: 19 / 02 / 18

MÉDICO:

TÉC. DE ENFERMAGEM:

MOTORISTA:

AMBULÂNCIA:

ASSINATURA E CARIMBO

ASS. E CARIMBO



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 4601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0503372

Registro: 385035

Data: 14/02/2018

Hora: 14:05:00

Funcionário: KLEBIA

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 73

SUS

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Nasc.: 19/10/1990 Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS Profissão: LAVRADOR

Civil:

CEP: 64748-000

End.: SEBASTIAO VITORIA, 0 -

Bairro: CENTRO

Cidade: ACAUA/PI

Cor: PARDA

Telefone: (89) 9940-46308

Mãe: MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA

Pai: SIMIAO BENTO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: AMB ACAUA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Pré-história de trauma em motocicleta, lesões no tórax e membros inferiores.

Hora: _____

☐ Internação

Exames Complementares:

TCC - Em

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica: *1) TC de tórax e abdome superior S. simples*
2) Exames de sangue em
3) Hemograma completo 100 mg + ADIC, ex. 10 min
4) R. p. exames de sangue 27/02/2018 14:30
5) Hemograma completo 27/02/2018 14:30

**Hx de trauma.*

Lesões de pele no tórax e membros inferiores.

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 14:19:49

Prioridade:

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

Queixa/História: PACIENTE APRESENTA OTORRAGIA + DESORIENTAÇÃO + HEMATEMESE PÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA (SIC)

Alergias: NEGA

Medicação Usual: NDN

PA: 140/90 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHAMENTO EM ANEXO

Conduta: AO CLINICO

Dados da Alta

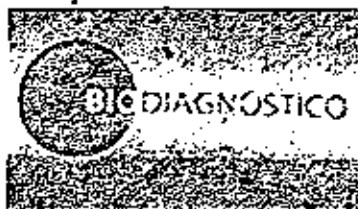
☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia ☐ Destino:

Hora:

Zuleide de Sousa Silva

ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Paciente ou Responsável

6801 - JOSE MARIA DE ARAUJO FILHO
Médico Responsável



Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Médico:

Radiologista: PI2832

Data: 14/02/2018

AV. GETÚLIO VARGAS, 509, CENTRO

FONE: (89) 3422-1235

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Tomografia computadorizada sem contraste venoso.

Achados:

Fratura posterior na linha média do osso parietal, se estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal, com hemotímpano à direita.

Hematoma subgaleal parietal na linha média e frontotemporal direito.

Discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3 cm.

Ausência de processo expansivo neoplásico parenquimatoso, hemorragia parenquimatosa aguda, desvio das estruturas da linha média ou apagamento das cisternas da base.

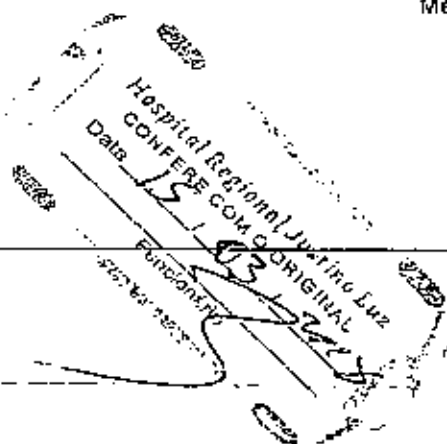
Sistema ventricular típico, com morfologia e dimensões preservadas.

Conclusão:

Laudo descritivo.

Documento assinado digitalmente em 14/02/2018 por:
Dr. Fábio Augusto Costa Martins

Dr Fábio Augusto Costa Martins
Médico Radiologista
CRM PI - 2823





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184-BOMBA, PICOS/PI

Telefone: (89) 3422-1314, FAX: (89) 3422-1314

CNPJ: 06.553.564/0102-81, Email: HRJL@HRJL.PI.GOV.BR

Atendimento: E088995

Coletado:

Data: 14/02/2018

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Sexo: FEMININO

Médico(a): LUIS DO ESPIRITO SANTO DE CARVALHO COS

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS

Convênio: SUS

Leito: Enfermaria:

Impresso: 14/02/2018

HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,86 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	11,3 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	33,9 %	40 a 52 %
VCM	87,82 u ³	80 a 100 u ³
HCM	29,27 pg	26 a 34 pg
CHCM	33,33 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	15,900 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIELÓCITOS	00 %	0
METAMIELÓCITOS	00 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
EASTONETES	01 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
SEGMENTADOS	87 %	35 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
BASÓFILOS	00 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
EOSINÓFILOS	01 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
LINFÓCITOS	08 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
MONÓCITOS	03 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	00 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	366.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado: 14/02/2018 - 20:40:00

Liberado: 14/02/2018 - 21:03:28

Leucocitose discreta
Neutrofilia marcada

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 15/02/2018
Funcionário: Marcello José Albano Lima
CRB 2-5896

5696-MARCELLO JOSE ALBANO LIMA

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Sexo: FEM
Convênio: LAB CAD
Solicitante: Dr. SEM SOLICITAÇÃO
Idade: 27 anos
Código: 050813.01
Data: 10/05/2018 16:40:00

NEOIMAGEM
MA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS MASTÓIDES

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados axiais foram adquiridos com 1,0 mm de espessura em série única.

ACHADOS:

Solução de continuidade que sugere traço de fratura longitudinal na mastoide direita, sem desalinhamento ósseo.

Os meatos acústicos externos têm dimensões normais.

Obliteração parcial de algumas células da mastoide direita por provável conteúdo líquido.

Pneumatização e aeração normal das células da mastoide esquerda e cavidades timpânicas bilateralmente.

As cadeias ossiculares, janelas redondas e ovais com aspecto tomográfico normal.

Cócleas, vestíbulos, canais semicirculares, aquedutos vestibulares e cocleares com aspecto tomográfico normal.

Os condutos auditivos internos têm morfologia e dimensão normais, com cristas falciformes integras.

CONCLUSÃO:

Sinais de fratura longitudinal na mastoide direita, sem desalinhamento ósseo importante.

Obliteração parcial de algumas células da mastoide direita, de provável natureza inflamatória.

DR. LEONARDO AUGUSTO COSTA MARTINS
CRM 3050

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2 OFÍCIO NOTAS

PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELIAR

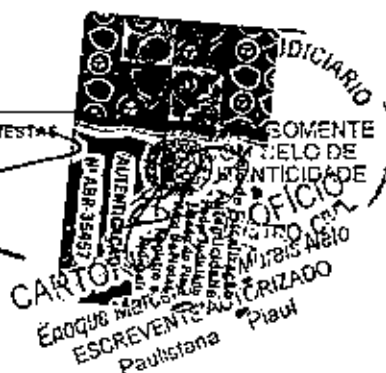
CPF: 123.057.000-11 - CNJ: 07.527-4

AVENIDA MIGUEL ARCANJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 152 - PAULISTANA - PIAUÍ

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS EM TEST. DATA VERDADE, DOU.FÉ. PAULISTANA, 22/10/2018 16:13:46

ENOCHE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE

Emoi: 2,39 TJ: 0,48 Selo: 0,26 Total: 2,13



Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Sexo: FEM
Convênio: LAB CAD
Solicitante: Dr. SEM SOLICITAÇÃO
Idade: 27 anos
Código: 050813.01
Data: 10/05/2018 16:40:00

NEOIMAGEM
MA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados axiais foram adquiridos com 1,0 mm de espessura, possibilitando a obtenção de reformatações multiplanares.

ACHADOS:

Desvio do septo nasal para a direita.

Tênue espessamento mucoso nos seios maxilares e esfenoidal direito.

Seios frontais, esfenoidal esquerdo e células etmoidais com transparência normal.

Unidades ostiomeatais, recessos frontais e eseno-etmoidais púrvios.

Sinais de osteíte reativa nas paredes do seio esfenoidal direito.

Como variações anatômicas assinalamos expansão basilar do seio esfenoidal direito, pneumatização dos processos pterigóides do esenoide bilateralmente.

CONCLUSÃO:

Desvio do septo nasal para a direita.

Espessamento mucoso nos seios maxilares.

Sinais de sinusopatia inflamatória crônica / fúngica esfenoidal direita.

DR. LEONARDO AUGUSTO COSTA MARTINS
CRM 3050

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELA
CART. DE 134 0576001-05 - C.N.S. 07.957-4
AVENIDA MIGUEL ARCANJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 102, PAULISTANA
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS
NOTAS
EM TEST. DA VERDADE DOU.FE. PAULISTANA, 22/05/2018 16:13:46

ENOQUE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE
Emol. 2,38 T.J. 0,48 Sel. 0,26 Total: 3,12

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Enoque Marcelino de Moraes Neto
ESCRIVENTE AUTORIZADO
Paulistana Piauí

ROMA ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DATA: 10/05/2018

IDADE 27 anos

DATA DE NASCIMENTO: 19/10/1990

MÉDICO SOLICITANTE: JOSIONE REGO FERREIRA

ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE

ESTUDO DA NEUROCONDUÇÃO

Avaliação do potencial de ação motor

Foram avaliados os nervos facial direito e esquerdo, com captação aos músculos orbicular dos olhos e nasal.

Foi observada redução das amplitudes à direita.

A latência e a amplitude dos demais potenciais motores avaliados foram normais.

Teste do BlinkReflex (Arco Trigêmeo- Facial)

Foram avaliadas as vias aferentes e eferentes bilateralmente.

Os componentes R1 e R2 apresentaram respostas abolidas quando captados à direita.

ELETROMIOGRAFIA

O estudo eletromiográfico com agulha monopolar foi realizado, bilateralmente, nos músculos orbicular dos olhos, orbicular da boca e nasal.

Foram observados potenciais de ação polifásicos com recrutamento neurogênico e incompleto à direita.

A análise do repouso muscular, recrutamento, a ativação e morfologia das unidades motoras foram normais nos demais músculos avaliados.

CONCLUSÃO

Eletroneuromiografia de face com alterações compatíveis com um mononeuropatia periférica de padrão axonal acometendo o nervo facial direito.

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS
PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELIÃ
CNPJ: 06.734.057/0001-09 - CNIS: 07.9574
AVENIDA NUNEL ARCANJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 162, PAULISTANA - PAUL
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONCORDA COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS
NOTAS
EM TEST. *[Assinatura]* DA VERDADE. DOU FÉ. PAULISTANA, 23/10/2018 15:13:46
ENOQUE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE
Emol. 2,39 T.J. 0,48 Selo: 0,26 Total: 3,13



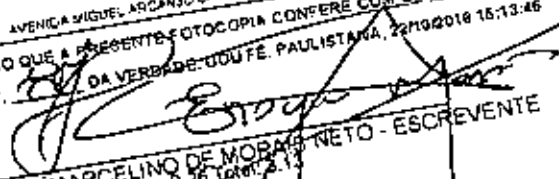
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Enoque Marcelino de Moraes Neto
ESCRIVENTE AUTORIZADO
Paulistana - Piauí


Dr. Frederico Prado
Neurologista
Neurofisiologia Clínica
CRM-PA 4096

Dr. Frederico Maia Prado

CRM 4096

A eletroneuromiografia é um exame complementar e seus dados devem ser avaliados conjuntamente com dados clínicos e laboratoriais

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS
PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELA
CNPJ: 06.754.057/0001-09 - QNS 07.951-4
AVENIDA MIGUEL ARCANJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 153, PAULISTANA - PIAUÍ
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS
NOTAS
EM TEST. 
DA VERDADE: UOUE, PAULISTANA, 22/10/2018 15:13:46
ENOQUE MARCELINO DE MORAES NETO - ESCRIVENTE
Emol. 2,35 IJ: 0,48 Selo: 0,26 Total: 3,13

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Enoque Marcelino de Moraes Neto
ESCRIVENTE AUTORIZADO
Paulistana Piau



Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA, 27 anos

Data: quinta-feira, 10 de maio de 2018

Médico: Dr. Josione Rego Ferreira

VC motora

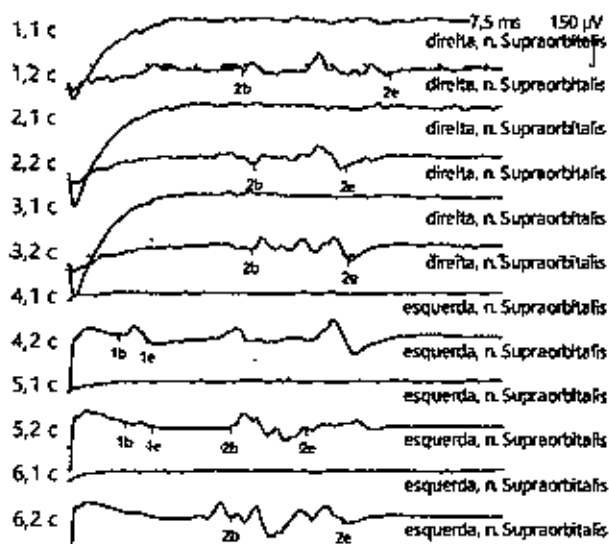
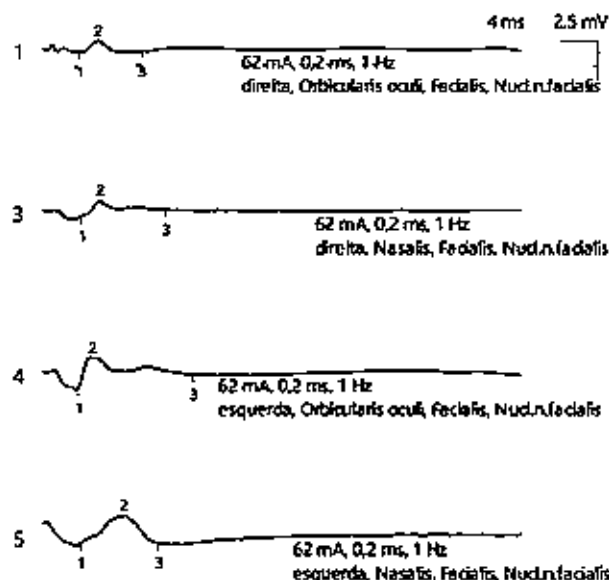
Teste	Pto. estim.	Lat. ms	Ampl. mV	Dur. ms	Área, mV×ms	Estim., mA	Estim., ms	Dist. mm	Tempo, ms	Vel., m/s
direita, Orbicularis oculi, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	Thragus	3,7	0,7	6,44	1,1	62	0,2			
direita, Nasalis, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	1	4,0	0,9	8,66	4,1	62	0,2			
esquerda, Orbicularis oculi, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	1	3,6	1,9	12,0	14,3	62	0,2			
esquerda, Nasalis, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	1	3,8	1,7	8,08	6,7	62	0,2			

Todas curvas

N	Lat. R1, ms	Dur. R1, ms	Ampl. R1, µV	Lat. R2, ms	Dur. R2, ms	Ampl. R2, µV	Lado estim.	Lado capt.	Estim., mA	Estim., ms
1,2 c				40,3	33,9	92,1	direita	esquerda/c	22	0,1
2,2 c				43,3	20,9	88,5	direita	esquerda/c	25	0,1
3,2 c				42,3	22,6	96,6	direita	esquerda/c	25	0,1
4,2 c	11,8	6,2	62,0				esquerda	esquerda/i	24	0,1
5,2 c	13,1	6,0	19,9	37,4	17,2	87,0	esquerda	esquerda/i	24	0,1
6,2 c				37,2	25,7	139	esquerda	esquerda/i	24	0,1

Reflexo de piscamento

Lado est.	direita				esquerda			
Lado capt.	direita/i		esquerda/c		direita/c		esquerda/i	
Onda	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Lat., ms				40,3			11,8	37,2



PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS

PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELA

CNPJ - 07.34.057/0001-03 - CNA - 07.051-4

AVENIDA MIGUEL ARCANJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 112, PAULISTANA - PAU/

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS EM TEST. DA VERDADE, DOU FE, PAULISTANA, 22/10/2018, 15:13:45

ENQUE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE
Emol. 2,39 T.J.: 0,48 Selo: 0,26 Total: 3,13



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

2 - CNES
3365146
4 - CNES
3365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ZULEIDE D SOUSA SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700002541391107
10 - NOME DA MÃE
MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA
12 - ENDEREÇO
LESTE BRASILEIRA, D.
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ACAUÁ

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/10/1990

Masc

1

Fem X 2

11 - TELEFONE DE CONTATO

(49) 3940-35947

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2200053

15 - UF

PI

16 - CEP

64748-000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

164561

SEXO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de peso
TCC
FMT. PO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

TCC

0303040084

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

TCC

S068 V294

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCC

21 - CID PRINCIPAL

S068

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TCC

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

3300000000

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

NEUROCIRURGIA

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

834.443.123.003

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

15/02/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO SILHETE

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - ACIDENTE TRAB. TÍPICO

41 - ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORÇÃO EMISSOR

M22039091

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

62780

() CNS (x) CPF 078.977.625-67

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

221 810 101 7706

Atendimento:	1057429
Data:	15/02/2018
Hora:	3:40

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0
FLORIANO/PI

BOLETIM DE ADMISSÃO

164561 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 19/10/1990 - 27 ANOS.3 MESES.27 DIAS

Clinica: NEUROCIRURGIA Enfermaria: N05- NEUROCIRURGIA Leito: N0501 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

CPF: RG: 62.350.040-1 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: LESTE BRASILEIRA, N° 0 - CEP: 64748-000

Bairro:

Cidade: 2200053- ACAUA/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai: SIMIAO BENTO DA SILVA

Mãe: MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA - () -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Local de Acompanhante:

☐

Sim

☐

Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

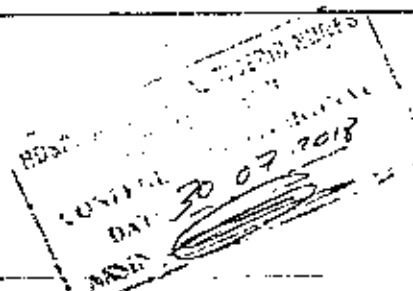
+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável



HOSPITAL TIBERIO NUNES

HOSPITAL REGIONAL TURÍERIO ALUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUEINHA
64800-000, FLORIANO/PI
CNPJ: 06.553.564/0103-62
TELEFONE: (89) 3522-1489

Impressão: 18/02/2018 - 11:03:57
Página: 1/1

PACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA

ENFERMAGEM: N05-NEUROCIRURGIA LEITO: N0502 ADMISSÃO: 15/02/2018 DIAS INTERNADO: 3 27 ANOS 3 MESES 27 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/02/2018 - 11:03:34

Evolução Médica

11:03:28 BOM ESTADO GERAL

ECG JS

CEFALEIA

CDIC CONTROLÉ

DIETA BRANDA

DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1G

FENTONINA SODICA 100 MG

TRAMADOL (CLORIDRATO) 50MG/ML - AMP 2ML

JEICO SALINIZADO //

1.00 AMP IV
1.00 COM ORAL
1.00 AMP IV

06/08H
08/08H
08/08H

DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9 %

EXAME: TC de crânio (cutr)
DATA/HORA: 18/02/18
ASS: TECNOLÓGICO

18/02/2018 11:03:57
SISTEMA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO
Nº 1057429

4083 - JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Page 1 of 1
Data Impresso: 18/02/2018

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00
Sexo: F Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0203

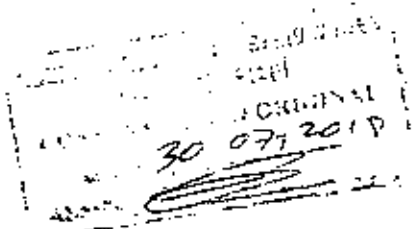
Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

18/02/2018

10:00:00	SEGUE CONSCIENTE, DESORIENTADO, FASICO, INQUIETA, RESPIRANDO AR AMBIENTE. ACETA DIETA OFERECIDA, SONO E REPOUSO SATISFATORIO. QUEIXA-SE DE CEFALÉIA INTENSA, MEDICADA CPM.	EDINALVA	Edinalva Nogueira Virgulino Enfermeira COREN-PI 312.518
16:00:00	REALIZADO TC CONFORME SOLICITAÇÃO.	EDINALVA	Edinalva Nogueira Virgulino Enfermeira COREN-PI 312.518



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
 Hospital Regional "Tibério Nunes"
 Telefone: 0xx89 3522-1323 Telefax: 0xx89 3522-1323
 Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

Nome:

Zuleika de Souza

End:

Leito

203

Data:

18/02/18

EVOLUÇÃO MÚLTI PROFISSIONAL

As 12h do dia 18/02/18, o paciente encontra-se em estado de

estabilidade, com sinais vitais dentro da normalidade.

Realiza-se o exame físico, apresentando-se o paciente

estável, com sinais vitais dentro da normalidade.

Realiza-se o exame físico, apresentando-se o paciente

estável, com sinais vitais dentro da normalidade.

Realiza-se o exame físico, apresentando-se o paciente

estável, com sinais vitais dentro da normalidade.

Realiza-se o exame físico, apresentando-se o paciente

estável, com sinais vitais dentro da normalidade.

Realiza-se o exame físico, apresentando-se o paciente

estável, com sinais vitais dentro da normalidade.

Realiza-se o exame físico, apresentando-se o paciente

estável, com sinais vitais dentro da normalidade.

Realiza-se o exame físico, apresentando-se o paciente

estável, com sinais vitais dentro da normalidade.

Realiza-se o exame físico, apresentando-se o paciente

estável, com sinais vitais dentro da normalidade.

Realiza-se o exame físico, apresentando-se o paciente

estável, com sinais vitais dentro da normalidade.

Realiza-se o exame físico, apresentando-se o paciente

estável, com sinais vitais dentro da normalidade.

Realiza-se o exame físico, apresentando-se o paciente

estável, com sinais vitais dentro da normalidade.

Realiza-se o exame físico, apresentando-se o paciente

estável, com sinais vitais dentro da normalidade.

30/02/18

18/02/18

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO MUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, O - MANGUEINHA
64800-000, FLORIANO/PI
CNPJ: 06.553.564/0103-62
TELEFONE: (89) 3522-1489

ACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA

27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

INFERMARIA: N05-NEUROCIRURGIA LEITO: N0502 ADMISSÃO: 15/02/2018

DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

7/02/2018 - 18:24:37

Evolução Médica

18:24:28 TCE
ECG 15
SEM DEF CITS NEUROLÓGICOS FOCAIS
CEFALÉIA LEVE
C/D ANAGÉSIA
TC CONTROLE AMANHÃ

DIETA BRANDA

DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1G

1,00 AMP IV

06/06H

1.00 AMP IV 06/06H 08/08H 14/08H

FENITIDINA 500MG 100 MG

1,00 COM ORAL

08/08H

1.00 COM ORAL 08/08H 14/08H

TRAMADOL (CLORIDRATO) 50MG/ML - AMP 2ML

1,00 AMP IV

08/08H

1.00 AMP IV 08/08H 14/08H

SELCO SALINIZADO

08/08H

*RECIBO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS
Nº 1007429-1057429
17/02/2018
FARMACIA HOSPITALAR*

4083 - JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
 Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
 Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

Nome:

Fabiane de Sousa Silva

End:

Leito 502 Data: 17/02/18

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

As 16:05 paciente evoluiu com sinais vitais estáveis, ECG 15
 apresentando melhorias na frequência cardíaca e D. hemodinâmica
 bem como melhorias na saturação de O₂ e repouso melhorado.
 exames de laboratório: glicose 120mg/dl, Hb 12g/dl, Hct 35%
 na 16:05 equipe de enfermagem, enfermeira e 598.036

PRESCRIÇÃO MÉDICA

16/02/2018 - 10:28:07

Evolução Médica

10:27:46

THE LEVEE

EXMASTOIDE B

GLASGOW 14

CD: OBSERVATION

DIETA BRAND

SORD FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML

DIPYRONE 500MG/ML AMP 2ML - 15

FENIL DIFENIL SODIUM 100 MG

DECADRON 4MG IV 06/06H

$$S_{VV} = (TAX, P, R, PA, PC)$$

~~timed~~

Song IV 08108h 2-~~7p~~

* 1/6 Song

Dr. Elton Bezerra

REF: 010-464.033-70
MEUBROCIKUFRIA

5518 - ELTON PORTHEIA SANTOS BEZERRA

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telephone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praca Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

Nome: JULIÃO DE SOUZA SILVA

End:

Letto 504

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

Atyidae commensal crustaceans - burrowing

do de Ateletica por foto transfer. 550V. 145 100/60

$\frac{1}{2} \times 363.6 = 181.8$

[illegible]

1977-1978

[illegible]

[Handwritten signature]

1 — 1 — 01055370

ad 6.00m, 100cm, 200cm, 300cm, 400cm, 500cm, 600cm, 700cm, 800cm, 900cm, 1000cm, 1100cm, 1200cm, 1300cm, 1400cm, 1500cm, 1600cm, 1700cm, 1800cm, 1900cm, 2000cm, 2100cm, 2200cm, 2300cm, 2400cm, 2500cm, 2600cm, 2700cm, 2800cm, 2900cm, 3000cm, 3100cm, 3200cm, 3300cm, 3400cm, 3500cm, 3600cm, 3700cm, 3800cm, 3900cm, 4000cm, 4100cm, 4200cm, 4300cm, 4400cm, 4500cm, 4600cm, 4700cm, 4800cm, 4900cm, 5000cm, 5100cm, 5200cm, 5300cm, 5400cm, 5500cm, 5600cm, 5700cm, 5800cm, 5900cm, 6000cm, 6100cm, 6200cm, 6300cm, 6400cm, 6500cm, 6600cm, 6700cm, 6800cm, 6900cm, 7000cm, 7100cm, 7200cm, 7300cm, 7400cm, 7500cm, 7600cm, 7700cm, 7800cm, 7900cm, 8000cm, 8100cm, 8200cm, 8300cm, 8400cm, 8500cm, 8600cm, 8700cm, 8800cm, 8900cm, 9000cm, 9100cm, 9200cm, 9300cm, 9400cm, 9500cm, 9600cm, 9700cm, 9800cm, 9900cm, 10000cm, 10100cm, 10200cm, 10300cm, 10400cm, 10500cm, 10600cm, 10700cm, 10800cm, 10900cm, 11000cm, 11100cm, 11200cm, 11300cm, 11400cm, 11500cm, 11600cm, 11700cm, 11800cm, 11900cm, 12000cm, 12100cm, 12200cm, 12300cm, 12400cm, 12500cm, 12600cm, 12700cm, 12800cm, 12900cm, 13000cm, 13100cm, 13200cm, 13300cm, 13400cm, 13500cm, 13600cm, 13700cm, 13800cm, 13900cm, 14000cm, 14100cm, 14200cm, 14300cm, 14400cm, 14500cm, 14600cm, 14700cm, 14800cm, 14900cm, 15000cm, 15100cm, 15200cm, 15300cm, 15400cm, 15500cm, 15600cm, 15700cm, 15800cm, 15900cm, 16000cm, 16100cm, 16200cm, 16300cm, 16400cm, 16500cm, 16600cm, 16700cm, 16800cm, 16900cm, 17000cm, 17100cm, 17200cm, 17300cm, 17400cm, 17500cm, 17600cm, 17700cm, 17800cm, 17900cm, 18000cm, 18100cm, 18200cm, 18300cm, 18400cm, 18500cm, 18600cm, 18700cm, 18800cm, 18900cm, 19000cm, 19100cm, 19200cm, 19300cm, 19400cm, 19500cm, 19600cm, 19700cm, 19800cm, 19900cm, 20000cm, 20100cm, 20200cm, 20300cm, 20400cm, 20500cm, 20600cm, 20700cm, 20800cm, 20900cm, 21000cm, 21100cm, 21200cm, 21300cm, 21400cm, 21500cm, 21600cm, 21700cm, 21800cm, 21900cm, 22000cm, 22100cm, 22200cm, 22300cm, 22400cm, 22500cm, 22600cm, 22700cm, 22800cm, 22900cm, 23000cm, 23100cm, 23200cm, 23300cm, 23400cm, 23500cm, 23600cm, 23700cm, 23800cm, 23900cm, 24000cm, 24100cm, 24200cm, 24300cm, 24400cm, 24500cm, 24600cm, 24700cm, 24800cm, 24900cm, 25000cm, 25100cm, 25200cm, 25300cm, 25400cm, 25500cm, 25600cm, 25700cm, 25800cm, 25900cm, 26000cm, 26100cm, 26200cm, 26300cm, 26400cm, 26500cm, 26600cm, 26700cm, 26800cm, 26900cm, 27000cm, 27100cm, 27200cm, 27300cm, 27400cm, 27500cm, 27600cm, 27700cm, 27800cm, 27900cm, 28000cm, 28100cm, 28200cm, 28300cm, 28400cm, 28500cm, 28600cm, 28700cm, 28800cm, 28900cm, 29000cm, 29100cm, 29200cm, 29300cm, 29400cm, 29500cm, 29600cm, 29700cm, 29800cm, 29900cm, 30000cm, 30100cm, 30200cm, 30300cm, 30400cm, 30500cm, 30600cm, 30700cm, 30800cm, 30900cm, 31000cm, 31100cm, 31200cm, 31300cm, 31400cm, 31500cm, 31600cm, 31700cm, 31800cm, 31900cm, 32000cm, 32100cm, 32200cm, 32300cm, 32400cm, 32500cm, 32600cm, 32700cm, 32800cm, 32900cm, 33000cm, 33100cm, 33200cm, 33300cm, 33400cm, 33500cm, 33600cm, 33700cm, 33800cm, 33900cm, 34000cm, 34100cm, 34200cm, 34300cm, 34400cm, 34500cm, 34600cm, 34700cm, 34800cm, 34900cm, 35000cm, 35100cm, 35200cm, 35300cm, 35400cm, 35500cm, 35600cm, 35700cm, 35800cm, 35900cm, 36000cm, 36100cm, 36200cm, 36300cm, 36400cm, 36500cm, 36600cm, 36700cm, 36800cm, 36900cm, 37000cm, 37100cm, 37200cm, 37300cm, 37400cm, 37500cm, 37600cm, 37700cm, 37800cm, 37900cm, 38000cm, 38100cm, 38200cm, 38300cm, 38400cm, 38500cm, 38600cm, 38700cm, 38800cm, 38900cm, 39000cm, 39100cm, 39200cm, 39300cm, 39400cm, 39500cm, 39600cm, 39700cm, 39800cm, 39900cm, 40000cm, 40100cm, 40200cm, 40300cm, 40400cm, 40500cm, 40600cm, 40700cm, 40800cm, 40900cm, 41000cm, 41100cm, 41200cm, 41300cm, 41400cm, 41500cm, 41600cm, 41700cm, 41800cm, 41900cm, 42000cm, 42100cm, 42200cm, 42300cm, 42400cm, 42500cm, 42600cm, 42700cm, 42800cm, 42900cm, 43000cm, 43100cm, 43200cm, 43300cm, 43400cm, 43500cm, 43600cm, 43700cm, 43800cm, 43900cm, 44000cm, 44100cm, 44200cm, 44300cm, 44400cm, 44500cm, 44600cm, 44700cm, 44800cm, 44900cm, 45000cm, 45100cm, 45200cm, 45300cm, 45400cm, 45500cm, 45600cm, 45700cm, 45800cm, 45900cm, 46000cm, 46100cm, 46200cm, 46300cm, 46400cm, 46500cm, 46600cm, 46700cm, 46800cm, 46900cm, 47000cm, 47100cm, 47200cm, 47300cm, 47400cm, 47500cm, 47600cm, 47700cm, 47800cm, 47900cm, 48000cm, 48100cm, 48200cm, 48300cm, 48400cm, 48500cm, 48600cm, 48700cm, 48800cm, 48900cm, 49000cm, 49100cm, 49200cm, 49300cm, 49400cm, 49500cm, 49600cm, 49700cm, 49800cm, 49900cm, 50000cm, 50100cm, 50200cm, 50300cm, 50400cm, 50500cm, 50600cm, 50700cm, 50800cm, 50900cm, 51000cm, 51100cm, 51200cm, 51300cm, 51400cm, 51500cm, 51600cm, 51700cm, 51800cm, 51900cm, 52000cm, 52100cm, 52200cm, 52300cm, 52400cm, 5

Project affects no movement. - pcc 100x50

Temperature

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00 Sexo: F Idade: 27 ANOS,3 MESES,27 DIAS
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Page 1 of 1
Data impresso: 16/02/2018

Anotação

16/02/2018

Técnico(a)

Assinatura

16:06:52	PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS. - PA.110/66 TAX: 37° F.C.: 58 F.R.: 0 Glicemia: 0	IANARA	IANARA D. S. SILVA Técnica de Enfermagem COREN 1167971
19:16:44	SEGUE REFERINDO CEFALÉIA, MEDICADA CONFORME PRESCRITO. - PA.124/77 TAX: 37° F.C.: 57 F.R.: 0 Glicemia: 0	IANARA	IANARA D. S. SILVA Técnica de Enfermagem COREN 1167971

Obs. PA - 103x57 mmHg; P - 53 bpm;
Técnica de Enfermagem
COREN 1167971

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERRERA, S/N, 0 - MANGUINHA
64800-000, FLORIANO/PI
CNPJ: 06.553.564/0103-62
TELEFONE: (89) 3522-1489

Impresso: 15/02/2018 - 11:25:04
Página: 1/1

PACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA

27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

ENFERMARIA: N05-NEUROCIRURGIA

LEITO: N0502

ADMISSÃO: 15/02/2018

DIAS INTERNADO: 0

PRESCRIÇÃO MÉDICA

15/02/2018 - 11:23:41

Evolução Médica

11:23:40 TC E LEVE
FX MASTÓIDE D
FX PO E
GLASGOW 14
CD: OBSERVAÇÃO

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML	1,00 BOL	IV	06/06H	1 (S) 1,00 BOL IV	06/06H	1 (S) 1,00 BOL IV
DIPRIKONA 500MG/ML AMP 2ML - 1G	1,00 AMP	IV	06/06H	1 (S) 1,00 AMP IV	06/06H	1 (S) 1,00 AMP IV
FENITOINA SODICA 100 MG	1,00 COM	ORAL	08/08H	1 (S) 1,00 COM ORAL	08/08H	1 (S) 1,00 COM ORAL
BROMOPRIDA AMP (PLAQUET)	1,00 AMP	IV	12/12H	1 (S) 1,00 AMP IV	12/12H	1 (S) 1,00 AMP IV

Dr. Elton Bezerra
CRM: 010/55433-70
NEUROCIRURGIA
CNPJ: 06.553.564/0103-62

5618 - ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data impresso: 16/02/2018

4057429 - ZULEIDE D. SOUSA SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00 Sexo: F Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA

Clinica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Anotação

16/02/2018

02:15:08

PACIENTE CALMA, SONOLENTA SEM QUEIXAS ALGICAS - PA:11/70 TAX: 37° F.C.:81 F.R.: 0 Glicemia: 0

JOSELIAS

Técnico(a)

Assinatura



DA E.C.O.M. - 400x60 mm eq. Tax 36,1°C - 100mm 65. Toux - pendulo

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Page 1 of 1
Data impresso: 15/02/2018

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00 Sexo: F Idade: 27-ANOS; 3-MESES; 27-DIAS
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

10:00:00	SEGUIE SONOLENTA, ORIENTADO, PASICO, COOPERATIVO, AVP EM MSE, HIGIENIZADO, REFERE CEFALIA E OTORRAGIA D.	EDINALVA	Edinalva Nogueira Virgulino Enfermeira COREN-PI 312.518
----------	--	----------	---

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data impresso: 15/02/2018
 Page 1 of 1

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00
 Sexo: F Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS
 Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
 Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Anotação
 15/02/2018

		MARILUCIA	MARILUCIA Médica Enfermeira Régua de Enfermagem COLIGADA L. 1381/2003
3:00:00	PACIENTE CALMA, UM POUCO SONOLENTA, SEM QUEIXAS ALGIAS NO MOMENTO - PA: 111/60 TAX: 37º F.C.: 89 F.R.: 19 Glicemia: 0		
2:00:00	PACIENTE CALMA, SONOLENTA, ORIENTADA, SEM ALTERAÇÕES ATÉ O MOMENTO - PA: 111/70 TAX: 37º F.C.: 90 F.R.: 0 Glicemia: 0	MARILUCIA	Médica Enfermeira Régua de Enfermagem COLIGADA L. 1381/2003

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429-ZULEIDE D-SOUSA-SILVA

Data impresso: 15/02/2018

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00

Sexo: F

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA

Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0501

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

15/02/2018

08:09:44

JOVEM SOFREU ACIDENTE MOTO, SEGUE CONSCIENTE, DESORIENTADA, CALMA, SONOLENTA, RESPIRA AR AMBIENTE, SEM DEFICITS, APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO, SOB VIGILANCIA.

GESANE

[Assinatura]
5/1/18

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D-SOUSA-SILVA

Page 1 of 1

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00

Sexo: F

Idade: 27 ANOS,3 MESES,27 DIAS

Data impresso: 15/02/2018

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA

Clinica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Anotação

15/02/2018

Técnico(a)

Assinatura

07:42:09

DESORIENTADA; SONOLENTE, CALMA - PA:110/80 TAX:36º F.C.:56 F.R.:0 Glicemia:0

VALDINA

Valdina

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
 Telefone: 0xx89-3522-1333 - Telefax: 0xx89-3522-1323
 Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueiras

REQUISIÇÃO DE PARECER

DATA DE NASCIMENTO

NOME

Zulmaide de Sousa Silva

CLÍNICA

P5

CLÍNICA

NEURO

MOTIVO DA CONSULTA

Verificação de atividade de TCE
 ref: me TC

Dr. César Augusto Guimarães

MÉDICO

CRM 1423(P)

ASS. MÉDICO

PARECER

1/1/2008

Quarta de Mar

15/01/08

Clín. P2 = P2 = TC

OTOMIA

15/1/2008

1. P20

CO @ 1/1/2008

CO @ 1/1/2008

Informações Gerais

Paciente: ZUREDE DE SOUSA SANTOS -- 13/01/1950 (27 anos), Acasa, Mãe: (pacientes/10708)
Leito: Hospital Regional Tibério Nunes (Florianópolis) (atendimento/33)
Classe: Misco: Urgente

❖ VISÃO GERAL

Estab. Solicitante: Hospital Regional Juscelino Kubitschek (Picos/PI)

Médico Solicitante: LUIS DO E. SANTOS DE CARVALHO COSTA JUNIOR

Usuário Solicitante: Usuário Padrão

Senha: 20180214148313

Observação adicional: ASSESSOR SOCIAL KALINE RECEBEU A SENHA

Caráter: Urgência

Tipo de Leito: Neurocirurgia

CID: Hemorragia subdural devida a traumatismo

Descrição Clínica: Paciente vítima de acidente motociclistico, apresentando cefaleia, vômitos, desorientação e clonias severas à direita. TC Cranio: fratura posterior na linha média do osso parietal estendendo-se para o frontoparietal direito e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orelha

Protocolo de Atendimento: Assistência Ventilatória: Não necessária

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Citocoma (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Diurese de 24 horas (0 a 15 ou Não Informado): 13

Saturação de oxigênio (9 a 100 % ou Não Informado): 99

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 14

Frequência cardíaca (60 a 180 bpm ou Não Informado): 98

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 140X90

Observações

Atualizações no Fluxo

Data

14/02/2018 13:23

corpo medico hrj

Usuário

Status

Pendente

Fila de espera

Regulada

14/02/2018 20:12

Ana Rita Gonçalves Melo

Ana Rita Gonçalves Melo

Motivo

Informações Gerais

1. Paciente: ZULIDE DE SOUSA SANTOS - 19/10/1990 (27 anos), Acad. Mãe: (pacientes/107708)

2. Leito:

3. Class. Risco: Urgente

2. VISÃO GERAL

Exatb. Solicitante

Hospital Regional Juscelino Luz (Plebs/PI)

Médico Solicitante

LUIS DO E SANTO DE CARVALHO COSTA JUNIOR

Usuário Solicitante

Usuário Padrão

Senha

Observação solicitante

Caráter

Urgência

Local de Leito

Assistência

Cód.

Hemorragia subdural devida a traumatismo

Descrição Clínica

Paciente vítima de acidente motorciclístico, apresentando contusão, fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita onde apresenta fratura média do osso parietal estendendo na região frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita onde apresenta fratura longitudinal, com hemorragia intracranial e direita, discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3cm.

Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessária

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não informado): NÃO INFORMADO

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não informado): NÃO INFORMADO

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não informado): 13

Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não informado): 99

Frequência respiratória (0 a 50 rpm ou Não informado): 14

Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não informado): 56

Pressão arterial (em mmHg ou Não informado): 140X50

Observações

Atualizações no Fluxo

Data

14/02/2018 19:26

Usuário

corpo médico hj

Status

Pendente

Motivo

3. EVOLUÇÃO

LUIS DO E SANTO DE CARVALHO COSTA JUNIOR
Médico
19/10/1990



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRAÇA ANTONOR NEIVA, 184-BOMBA, PICOS/PI
Telefone: (89) 3422-1314, FAX: (89) 3422-1314
CNPJ: 06.553.564/0102-81, Email: HRL@HRL.PI.GOV.BR

Atendimento: E086595

EXTERNO

Coletado:

Data: 14/02/2018

Paciente:

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Médico(a):

LUIS DO ESPIRITO SANTO DE CARVALHO COS

Convênio:

SUS

Leito: Enfermaria:

Impressor:

14/02/2018

Idade:

27 ANOS, 3 MESES, 28 DIAS

Sexo:

FEMININO

HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

3,86 milhões/mm³

HEMOGLOBINA

11,3 g%

HEMATÓCRITO

33,9 %

VCMI

87,82 u³

HCM

29,27 pg

ICM

33,33 %

PLAQUETAS

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

15,900/mm³

MIELÓCITOS

00 %

METAMIELOCITOS

00 %

BASTONETES

01 %

SEGMENTADOS

87 %

BASÓFILOS

00 %

EOSINÓFILOS

01 %

LINFÓCITOS

08 %

MONÓCITOS

03 %

LINFÓCITOS ATÍPICOS

00 %

CONTAGEM GERAL

100,00

PLAQUETAS

366.000/mm³

OBSERVAÇÕES

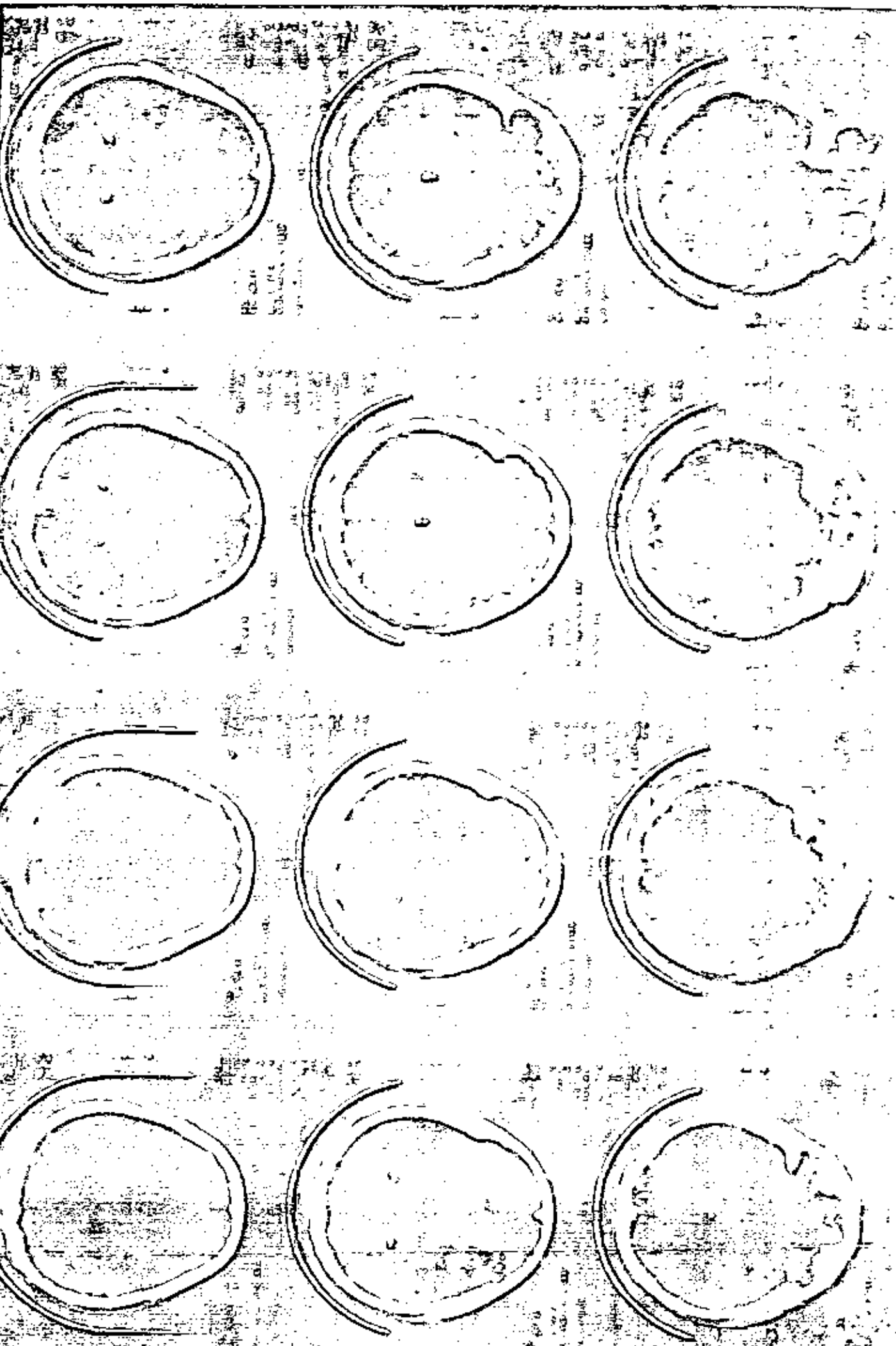
OBSERVAÇÃO GERAL:

Coligado: 14/02/2018 - 20:40:00
Liberado: 14/02/2018 - 21:03:28

Novato 10
Módulo 9A

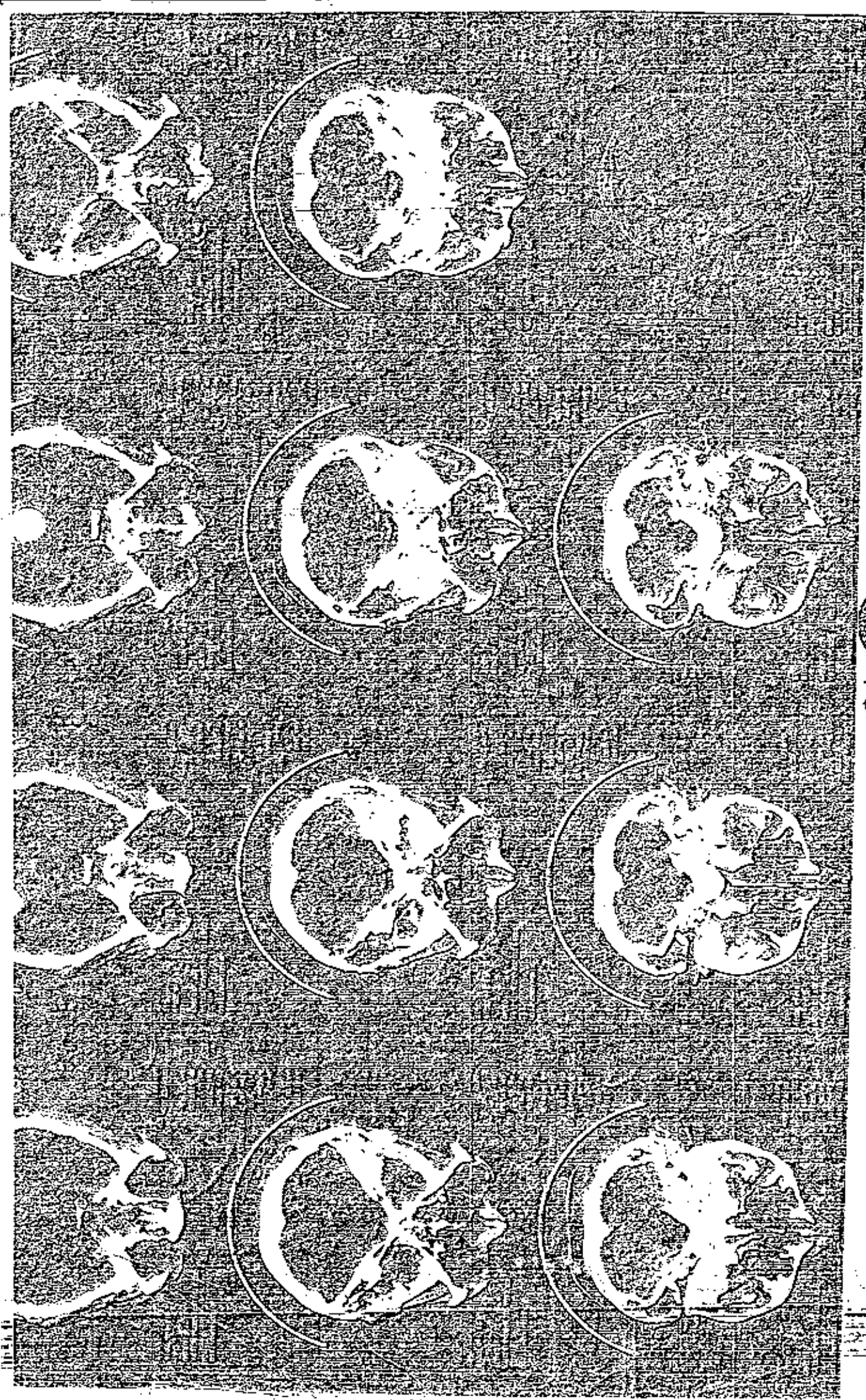
J. Marcello José Albano Lima
CRM 2.3696

5696-MARCELLO JOSE ALBANO LIMA





310 DIAGNÓSTICO
Taz beam



Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Médico:

Radiologista: P12832

Data: 14/02/2018

AV. GETÚLIO VARGAS, 509, CENTRO

FONE: (69) 3422-1235

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnicas:

Tomografia computadorizada sem contraste venoso.

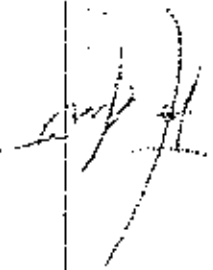
Achados:

Fratura posterior na linha média do osso parietal, se estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal, com hemotímpano à direita.
Hematoma subgaleal parietal na linha média e frontotemporal direito.
Discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3 cm.
Ausência de processo expansivo neoplásico parenquimatoso, hemorragia parenquimatosa aguda, desvio das estruturas da linha média ou apagamento das cisternas da base.
Sistema ventricular típico, com morfologia e dimensões preservadas.

Conclusão:

Laudo descritivo.

Dr Fábio Augusto Costa Martins
Médico Radiologista
CRM PI - 2823



Documento assinado digitalmente em 14/02/2018 por
Dr. Fábio Augusto Costa Martins

Hospital Flávio Santos

Hospital Dr. Flávio Santos Ltda. - 23.633.829/0001-27

R. 1º DE MAIO, 138/S - R. FELIX PACHECO, 2221 - AV. SENADOR ARAÚJO LEÃO, 1480 - TERESINA-PIAUÍ Fone: (86) 32215654

WinAudio (#WAUD1218781)

Avaliação Audiológica

Emissão: 01/02/2019

Funcionário/Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Data do Exame: 01/02/2019

Idade: 28 anos e 4 meses

Sexo: Feminino

Tipo Consulta: Convênio

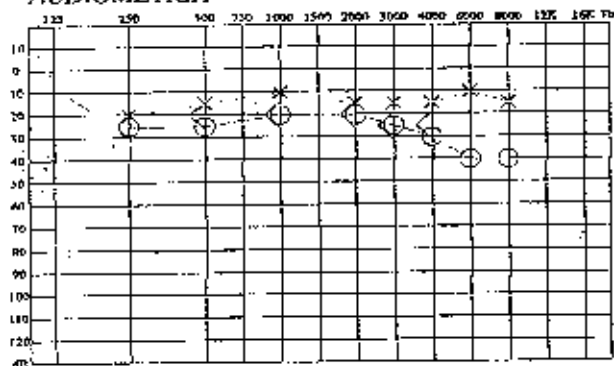
Convênio: SANTA TERESINHA

Audiômetro: MA42-MAICO (Última Afecção: 13/06/2018)

Imitancímetro: GSI 38

Profissional que solicitou o exame: Dr. FLÁVIO SANTOS

AUDIOMETRIA



LRF-OD: 25 dB

LRF-OE: 15 dB

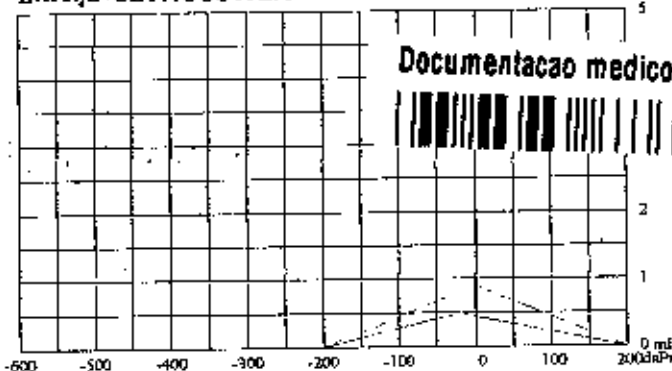
LAF-OD:

LAF-OE:

Índice Percentual de Reconhecimento de Fala

	Intensid	Monossil	Dissil
Pal. Faladas		25	25
OD	60 dB	100 %	
OE	55 dB	100 %	

IMITÂNCIA ACÚSTICA



Classificação (Jerger, 1970)-OD: A

Classificação (Jerger, 1970)-OE: A

Documentação médico - hospi

Mascaramento (em dB)

	VA		VO		LOGO
	Min	Max	Min	Max	Quant
OD					
OE				65	

Reflexo Acústico

Orelha Direita

Hz	Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI
500	25	100	75	
1000	20	105	85	
2000	20	100	80	
4000	30	105	75	

Orelha Esquerda

Hz	Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
500	15	AUS		
1000	10	AUS		
2000	15	AUS		
4000	15	AUS		

Sonda no OE

Sonda no OD

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
OD				
OE				

Weber

Rinne

	OD	OE
OD		
OE		

Tone Decay (em dB)

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
OD				
OE				

PARECER AUDIOLÓGICO

AUDIÇÃO NORMAL NA ORELHA ESQUERDA E REBAIXAMENTO AUDITIVO NAS FREQUÊNCIAS DE 4000 A 8000Hz NA DIREITA COM TIMPANOMETRIA CURVA TIPO A BILATERAL.

David Ferreira Moura
Fonoaudiólogo
CRF 9504

CRF: 9504 - DR DAVID FERREIRA MOURA

Este documento foi assinado pelo Hospital Dr. Flávio Santos Ltda. - 23.633.829/0001-27

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS

PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELIA

CNPJ: 06.734.027/0001-05 - CNES: 07.857-4

AVENIDA VIGUEL ARCAJO CAVALCANTE, CENTRO - N.º 15, PAULISTANA - PIAUÍ

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS, EM TEST. DA VERDADE. DOU FE. PAULISTANA, 04/02/2019 10:11:10

CLAUDIANA SEBASTIANA DE SOUSA - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Empl. R\$ 2,49 TJ: R\$ 0,50 MP: R\$ 0,06 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 3,30



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Claudiana Sebastiana de Sousa
Escrivente Autorizada
Paulistana



ATO

Fundação Municipal de Saúde

HOSPITAL REGIONAL MARIANA PIRES FERREIRA

CNPJ: 11.963.359/0001-80



Boletim de atendimento de Urgência / Emergência

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: <u>Zulide de Sousa Silva</u>		DATA DE NASC.: <u>19.10.1990</u>	COR: <u></u>
SEXO: () MASC. ☒ FEM.	PROFISSÃO: <u></u>	DOC: <u>62.350.040-1</u>	CPF: <u>19430183</u>
CNS: <u>400.0025.4139-1107</u>	PAI: <u>Simão Bento da Silva</u>		
MÃE: <u>Mãe das Humildes de Sousa Silva</u>			
CONSULTA: () 1ª () SUBSEQUENTE	ENDEREÇO: <u>AV. Duque de Cavalcanti</u>		
BAIRRO: <u>2º P</u>	CEP: <u>64748-000</u>	MUNICÍPIO: <u>Açailândia</u>	ESTADO: <u>PA</u>
DATA DO ATENDIMENTO: <u>14-02-2014</u>		HORA DO ATENDIMENTO: <u>11:50</u>	

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

ANAMNESE/EXAME FÍSICO:

Pa: 110x80

Frequência

Paciente chegou ao PS após sofrer queda de peso, estava em excelente estado físico, sem alterações.

Do exame: CGR, e demais exames de rotina em ordem.

AN: HT, - AMF, - e Sat: 99%.

PRESCRIÇÃO:

Clonazepam, 2T, 3AF, 55, TCB 2

am: Fluticasona, inhalador, 200mcg

Otorrinolaringologista - curativo D.

Mo: TCG

Cd: SCL 2000 mL, de 1000

400 mL

3) Dipirona - 1 - 1000 mg, 12h
4) Analgésico - 1 - 1000 mg, 12h

PROCEDIMENTO REALIZADO

DRENAGEM DE ABCESSO () QUANT.: _____	CODIGO: _____	CID 10: _____
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO () QUANT.: _____	MEDICAÇÃO:	
PEQUENA CIRURGIA () QUANT.: _____		
SUTURA SIMPLES () QUANT.: _____		
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO () QUANT.: _____		
CONSULTA MEDICAMENTOSA () QUANT.: _____		
IMOBILIZAÇÃO () QUANT.: _____	PRESCRITA ()	
OUTRO: _____ () QUANT.: _____	APLICADA ()	
	OUTROS ()	
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: <u>Simão Bento da Silva</u>	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE: <u>[Assinatura]</u>	
	DATA E HORA DO ATENDIMENTO: <u>14-02-2014 11:50</u>	



Hospital

Fundação Municipal de Saúde



HOSPITAL REGIONAL MARIANA PIRES FERREIRA
CNPJ: 11.963.359/0001-80



GUIA DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

PACIENTE: Enrique de Jesus Silva DATA NASC.: 1/1/1964

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

1º DESTINO: HA-JC 2º DESTINO: _____

HDA: Paciente encaminhado ao ES após sofrer queda de braço, estava na capacidade física regular, não apresentando lesões ósseas ou articulares. Faz uso de medicação para dor e controle de náuseas.

Doença: EGA, hipertensão, diabetes, glaucoma, pupilas anisocóricas, hipermetropia.

EM N.T. e AM. de ACV, UT. INF. sig. 1º. Flacidez intestinal.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: interação com o teste

provar o TCE. Paciente munido de TCE de 2000 mg, não há uso de analgésicos.

M. 140190/11/04

TERAPÊUTICA REALIZADA: 1) Sal. 200 mg, 1x

2) Oximetazolina - 1 mg, 1x, 2x

3) Dipirona - 1 mg, 1x, 2x

4) HA-JC

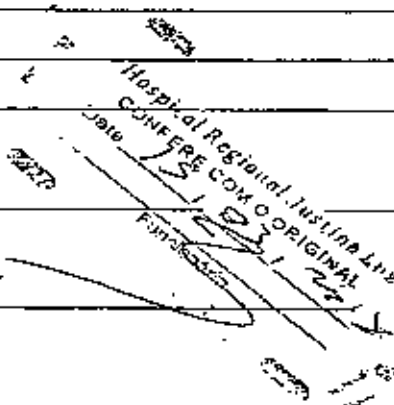
DATA: 19/02/18

MÉDICO: _____

TÉC. DE ENFERMAGEM: _____

MOTORISTA: _____

AMBULÂNCIA: _____



ASSINATURA E CARIMBO

ASS. E CARIMBO



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PICO/PI - 4601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3522-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0503372
Data: 14/02/2018
Funcionário: KLEBIA

Registro: 385035
Hora: 14:05:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 73

SUS

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Nasc.: 19/10/1990 Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS Profissão: LAVRADOR Civil: CEP: 64748-000
End.: SEBASTIAO VITORIA, 0 Bairro: CENTRO Cidade: ACAUA/PI
Cor: PARDA Telefone: (89) 9940-46308 Mãe: MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA Pai: SIMIAO BENTO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: AMB ACAUÁ

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Relato de trauma de queda em moto, com lesões no membro superior direito e dor no abdômen.

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

TCC - Rm

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

*1) TC de abdômen superior S. Superior
2) Exame de sangue em
3) Hemograma completo 100 mg 14:00
4) Ressonância de abdômen 14:30
5) Hemograma completo 14:30*

**HAB de Urgência.*

Classe de risco para internação

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 14:19:49

Prioridade:

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

Queixa/História: PACIENTE APRESENTA OTORRAGIA + DESORIENTAÇÃO + HEMATEMESE PÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA (SIC)

Alergias: NEGA

Medicação Usual: NDN

PA: 140/90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHAMENTO EM ANEXO

Conduta: AO CLÍNICO

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência ☐ Destino:

Hora:

Zuleide de Sousa Silva
ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Paciente ou Responsável

6801 - JOSE MARIA DE ARAUJO FILHO
Médico Responsável



Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Médico:

Radiologista: PI2832

Data: 14/02/2018

AV. GETÚLIO VARGAS, 509, CENTRO

FONE: (89) 3422-1235

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Tomografia computadorizada sem contraste venoso.

Achados:

Fratura posterior na linha média do osso parietal, se estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal, com hemotímpano à direita.

Hematoma subgaleal parietal na linha média e frontotemporal direito.

Discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3 cm.

Ausência de processo expansivo neoplásico parenquimatoso, hemorragia parenquimatosa aguda, desvio das estruturas da linha média ou apagamento das cisternas da base.

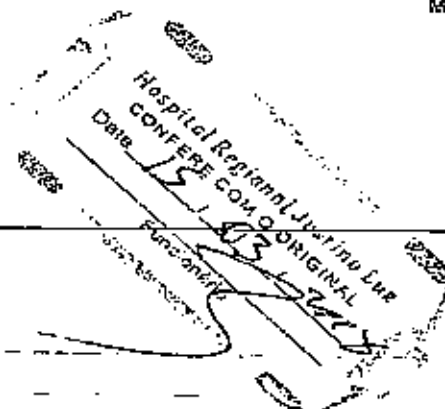
Sistema ventricular típico, com morfologia e dimensões preservadas.

Conclusão:

Laudo descritivo.

Documento assinado digitalmente em 14/02/2018 por:
Dr. Fábio Augusto Costa Martins

Dr Fábio Augusto Costa Martins
Médico Radiologista
CRM PI - 2823





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184-BOMBA, PICOS/PI
Telefone: (89) 3422-1314, FAX: (89) 3422-1314
CNPJ: 06.553.564/0102-B1, Email: HRJL@HRJL.PI.GOV.BR

Atendimento: E088995

Coletado:

Data: 14/02/2018

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Médico(a): LUIS DO ESPIRITO SANTO DE CARVALHO COS
Convênio: SUS

Laboratório: Enfermaria

Sexo: FEMININO
Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS
Impresso: 14/02/2018

HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,86 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	11,3 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	33,9 %	40 a 52 %
VCM	87,82 μ^3	80 a 100 μ^3
HCM	29,27 pg	26 a 34 pg
CHCM	33,33 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	15,900 /mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIELÓCITOS	00 %	0
METAMIELÓCITOS	00 %	0
BASTONETES	01 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
SEGMENTADOS	87 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
BASÓFILOS	00 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
EOSINÓFILOS	01 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
LINFÓCITOS	08 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
MONÓCITOS	03 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	00 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	366.000 /mm ³	150.000 a 400.000 / μ L

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado: 14/02/2018 - 20:40:00
Liberado: 14/02/2018 - 21:03:28

LEUCOCITOSE DISCRETA
NEUTROFILIA MODERADA

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 15/02/2018
Funcionário: Marcello José Albano Lima
CRBMZ-5696

5696-MARCELLO JOSE ALBANO LIMA

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Sexo: FEM
Convênio: LAB CAD
Solicitante: Dr. SEM SOLICITAÇÃO
Idade: 27 anos
Código: 050813.01
Data: 10/05/2018 16:40:00

NEOIMAGEM
MA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS MASTÓIDES

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados axiais foram adquiridos com 1,0 mm de espessura em série única.

ACHADOS:

Solução de continuidade que sugere traço de fratura longitudinal na mastoide direita, sem desalinhamento ósseo.

Os meatos acústicos externos têm dimensões normais.

Obliteração parcial de algumas células da mastoide direita por provável conteúdo líquido.

Pneumatização e aeração normal das células da mastoide esquerda e cavidades timpânicas bilateralmente.

As cadeias ossiculares, janelas redondas e ovais com aspecto tomográfico normal.

Cócleas, vestibulos, canais semicirculares, aquedutos vestibulares e cocleares com aspecto tomográfico normal.

Os condutos auditivos internos têm morfologia e dimensão normais, com cristas falciformes íntegras.

CONCLUSÃO:

Sinais de fratura longitudinal na mastoide direita, sem desalinhamento ósseo importante.

Obliteração parcial de algumas células da mastoide direita, de provável natureza inflamatória.

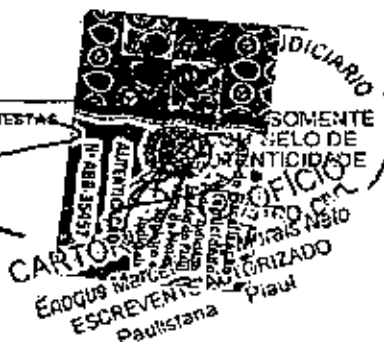
DR. LEONARDO AUGUSTO COSTA MARTINS
CRM 3050

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2 OFÍCIO NOTAS
PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELA

CNPJ: 05.734.057/0001-04 - CNIS: 01.151-4
AVENIDA MIGUEL LACERDA CAVALCANTE, CENTRO - Nº 162, PAULISTANA - PIAUÍ

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS
NOTAS
EM TEST. 22/10/2018, 15:13:46

ENOCHE MARCELO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE
Emol. 2,39 IJ: 0,48 Selo: 0,28 Total: 3,15



Rua Taumaturgo de Azevedo, 1889 - Centro/Sul - Teresina - PI - 86. 3131-1550.
neoimagem.ma@gmail.com • www.neoclinica.net.br/neoimagem

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
Sexo: FEM
Convênio: LAB CAD
Solicitante: Dr. SEM SOLICITAÇÃO
Idade: 27 anos
Código: 050813.01
Data: 10/06/2018 16:40:00

NEOIMAGEM
MA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados axiais foram adquiridos com 1,0 mm de espessura, possibilitando a obtenção de reformatações multiplanares.

ACHADOS:

Desvio do septo nasal para a direita.

Tênue espessamento mucoso nos seios maxilares e esfenoidal direito.

Seios frontais, esfenoidal esquerdo e células etmoidais com transparência normal.

Unidades ostiomeatais, recessos frontais e eseno-etmoidais púrvios.

Sinais de osteíte reativa nas paredes do seio esfenoidal direito.

Como variações anatômicas assinalamos expansão basilar do seio esfenoidal direito, pneumatização dos processos pterigoides do esenoide bilateralmente.

CONCLUSÃO:

Desvio do septo nasal para a direita.

Espessamento mucoso nos seios maxilares.

Sinais de sinusopatia inflamatória crônica / fúngica esfenoidal direita.

DR. LEONARDO AUGUSTO COSTA MARTINS
CRM 3050

PODER JUDICIAL
VÁLIDO SOMENTE
COM SELLO DE
CONFIRMAÇÃO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELA
CNPJ: 06.134.074/0001-68 - CEC - 07.937-4
AVENIDA MIGUEL ARCANJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 162, PAULISTANA

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS
NOTAS
EM TEST. ... DA VERDADE GOV. FE. PAULISTANA, 22/02/2018 15:13:45

ENOQUE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE
Emol. 2,39 T.J. 0,48 Selo 0,26 Total: 3,13

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Enoque Marcelino de Moraes Neto
ESCRIVENTE AUTORIZADO
Paulistana Piauí

Rua Taumaturgo de Azevedo, 1889 • Centro/Sul • Teresina - PI • 86. 3131-1550
neoimagem.ma@gmail.com • www.neoclinica.net.br/neoimagem

PRIMEIRO NOME: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DATA: 10/05/2018

IDADE: 27 anos

DATA DE NASCIMENTO: 19/10/1990

MÉDICO SOLICITANTE: JOSIONE REGO FERREIRA

ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE

ESTUDO DA NEUROCONDUÇÃO

Avaliação do potencial de ação motor

Foram avaliados os nervos facial direito e esquerdo, com captação aos músculos orbicular dos olhos e nasal.

Foi observada redução das amplitudes à direita.

A latência e a amplitude dos demais potenciais motores avaliados foram normais.

Teste do BlinkReflex (Arco Trigêmeo- Facial)

Foram avaliadas as vias aferentes e eferentes bilateralmente.

Os componentes R1 e R2 apresentaram respostas abolidas quando captados à direita.

ELETROMIOGRAFIA

O estudo eletromiográfico com agulha monopolar foi realizado, bilateralmente, nos músculos orbicular dos olhos, orbicular da boca e nasal.

Foram observados potenciais de ação polifásicos com recrutamento neurogênico e incompleto à direita.

A análise do repouso muscular, recrutamento, a ativação e morfologia das unidades motoras foram normais nos demais músculos avaliados.

CONCLUSÃO

Eletroneuromiografia de face com alterações compatíveis com um mononeuropatia periférica de padrão axonal acometendo o nervo facial direito.

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS
PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELIÃ
CNPJ: 06.724.057/0001-09 - CNES: 07.557-4
AVENIDA NUNO DE ARAÚJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 162, PAULISTANA - PAUL

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS EM TEST. 27/05/2018 DA VERDADE. OUF: PAULISTANA, 27/05/2018 16:13:46

ENOCHE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE
Emp. 2.39 17: 0.49 Sel. 0.26 Top. 3.13

PAULISTANA
19/05/2018
07/05/2018

RECEBIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
REGISTRO CIVIL

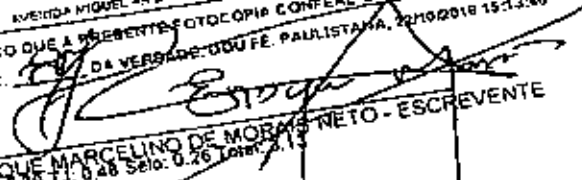
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Enoque Marcelino de Moraes Neto
ESCRIVENTE AUTORIZADO
Paulistana - Paul


Dr. Frederico Prado
Neurologia
Neurofisiologia Clínica
CRM-PE 4096

Dr. Frederico Maia Prado

CRM 4096

A eletroneuromiografia é um exame complementar e seus dados devem ser avaliados conjuntamente com dados clínicos e laboratoriais

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS
PETRONIA A MOREIRA DE CARVALHO - TABELIA
CNPJ 06.734.051/0001-09 - CMS 02.971-6
AVENIDA MIGUEL ARCANJO CAVALCANTE, CENTRO - Nº 163, PAULISTANA - PIAUÍ
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS
NOTAS EM TEST.  DA VERDADE: OJUFÉ, PAULISTANA, 22/09/2018 15:13:46
ENOQUE MARCELINO DE MORAES NETO - ESCRIVENTE
Emp. 2.38 13: 0.48 Selo: 0.26 Total: 3.13



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Enoque Marcelino de Moraes Neto
ESCRIVENTE AUTORIZADO
Paulistana Piauí

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA, 27 anos

Data: quinta-feira, 10 de maio de 2018

Médico: Dr. Josione Rego Ferreira

VC motora

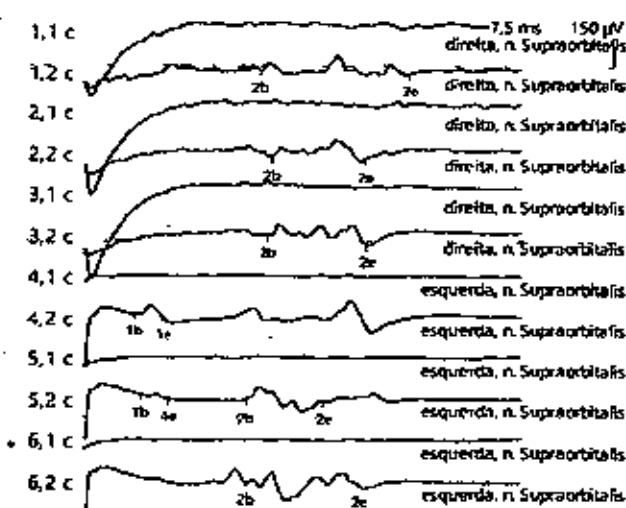
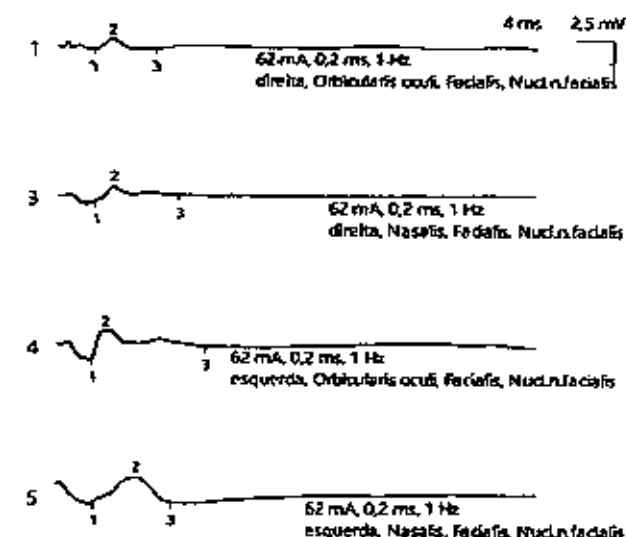
Teste	Pto. estim.	Lat. ms	Ampl. mV	Dur. ms	Área, mVxms	Estim. mA	Estim. ms	Dist. mm	Tempo, ms	Vel. m/s
direita, Orbicularis oculi, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	Thragus	3,7	0,7	6,44	1,1	62	0,2			
direita, Nasalis, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	1	4,0	0,9	8,66	4,1	62	0,2			
esquerda, Orbicularis oculi, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	1	3,6	1,9	12,0	14,3	62	0,2			
esquerda, Nasalis, Facialis, Nucl.n.facialis										
1	1	3,8	1,7	8,08	6,7	62	0,2			

Todas curvas

N	Lat. R1, ms	Dur. R1, ms	Ampl. R1, μ V	Lat. R2, ms	Dur. R2, ms	Ampl. R2, μ V	Lado estim.	Lado capt.	Estim. mA	Estim. ms
1,2 c				40,3	33,9	92,1	direita	esquerda/c	22	0,1
2,2 c				43,3	20,9	88,5	direita	esquerda/c	25	0,1
3,2 c				42,3	22,6	96,6	direita	esquerda/c	25	0,1
4,2 c	11,8	6,2	62,0				esquerda	esquerda/i	24	0,1
5,2 c	13,1	6,0	19,9	37,4	17,2	87,0	esquerda	esquerda/i	24	0,1
6,2 c				37,2	25,7	139	esquerda	esquerda/i	24	0,1

Reflexo de piscamento

Lado est.	direita				esquerda			
Lado capt.	direita/i		esquerda/c		direita/c		esquerda/i	
Onda	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Lat. ms				40,3			11,8	37,2



PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS

PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELIA

CPF: 06.734.050-00 - DNS: 02.0514

AVENIDA MIGUEL ALFONSO CAVACANTE, CENTRO - N.º 162, PAULISTANA - SP

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS EM TEST.

DA VERDADE DOU FE. PAULISTANA 22/10/2018 15:13:45

ENOCHE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVENTE

Emol. 2,39 I.J. 0,48 Selo 0,26 Total: 3,13



SELO JUDICIAL
LIDO SOMENTE
COM SELO DE
AUTENTICIDADE

REGISTRO CIVIL

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
ENOCHE MARCELINO DE MORAIS NETO
ESCRIVENTE AUTORIZADO
Paulistana - SP

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
CULEIOE D SOUSA SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
70002541391107
10 - NOME DA MÃE
MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA
12 - ENDEREÇO
LESTE BRASILEIRA, D.
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ACAUA

8 - DATA DE NASCIMENTO
13/10/1990

9 - SEXO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

64561

11 - TELEFONE DE CONTATO

(99) 3940-35947

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2200053

15 - UF
PI

16 - CEP
64745-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de peso
TCC
Fome PO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TCC

0303040084

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

TCC

S068 V294

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCC

21 - CID PRINCIPAL
S06.2

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA
NEUROCIRURGIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CFF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
854.643.17303

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
15/02/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

38 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

35 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEQUERADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - COD. ORÇÃO EMISSOR
M22039090

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO
() CNS (x) CFF 078.977.623-67

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO EMBALHE)

62780

2218101817406

Atendimento:	1057429
Data:	15/02/2018
Hora:	3:40

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0
FLORIANO/PI

BOLETIM DE ADMISSÃO

164561 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 19/10/1990 - 27 ANOS.3 MESES,27 DIAS

Clinica: NEUROCIRURGIA Enfermaria: N05- NEUROCIRURGIA Leito: N0501 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

RG: 62.350.040-1 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: LESTE BRASILEIRA, N° 0 - CEP: 64748-000

Bairro:

Cidade: 2200053- ACAUA/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai: SIMIAO BENTO DA SILVA

Mãe: MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA - () - - O MESMO

Diagnostico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

de Acompanhante:

☐ Sim

☐ Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

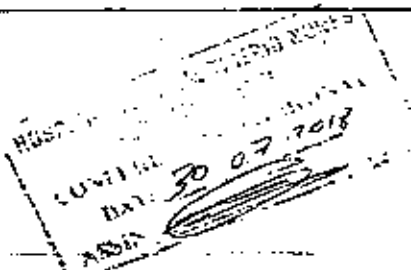
+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável



HOSPITAL TIBERIO NUNES

TCE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ZULEIDE SOUSA

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROFISSIONÁRIO
CLÍNICA
NEUROCIRURGIA

HISTÓRICO

ENFERM. APT.

LEITO

MÉDICO ASSIST.

OBSERVAÇÕES

TCE GW

15/06/13

1 - Dieta BRANCA

2 - SF0,9% 1500 ml EV 24 h

KCl 10% 5 ml por soro

3 - Fenitoína 2ml + 8ml AD EV 8/8 horas

4 - Dipirona 2 ml EV 6/6 horas

5 - Plasil 1 ampola EV S/N

6 - Ranitidina 50mg EV 8/8 horas

7 - Tilmil 20mg EV 12/12 horas

8 - Dinof 1,0ML + 9,0ML DE ÁGUA DESTILADA
(FAZER 3,0ML EV S/N)

9 - Haldol 10 mg EV S/N

10 - Tylex 30mg VO S/N

11 - Tranadol 100mg + SF 0,9% 100ml EV S/N

12 - SSVV + CCGG + Cabeceira elevada 30° (TAX, P, R, PA e FC) 12 48

13-FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA

Janeiro

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO MUNES

GABRIEL FERRERA, S/N. 0 - MANGUINHA
64800-000, FLORIANO/PI
CNPJ: 06.553.564/0103-62
TELEFONE: (89) 3522-1489

Impressão: 18/02/2018 - 11:03:57

Pág: 1/1

PACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA

ENFERMAGEM: N05-NEUROCIQUIRIA

LEITO: N0502

ADMISSÃO: 15/02/2018

DIAS INTERNADO: 3

27 ANOS E MESES, 27 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/02/2018 - 11:03:34

Evolução Médica

11:03:28

BOM ESTADO GERAL

ECG 15

CERATIA

CÓDICE CONTROLE

DIETA BRANDA

DIPHIOMA 500MG/ML AMP 2ML - JG

FENITOINA SODICA 100 MG

TRAMADOL (CLORIDRATO) 50MG/ML - AMP 2ML

JELCO SALINIZADO

2,00 AMP IV
1,00 COM ORAL
1,00 AMP IV

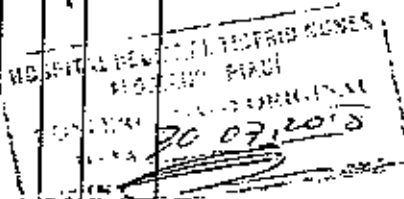
06/06H
08/08H
08/08H

DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9 %

EXAME:

Te. 18/02/18

ASS. TÉCNICO



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

-1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data de internação: 15/02/2018 - 03:40:00
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0203

Evolução

18/02/2018

Enfermeiro(a)

Assinatura

10:00:00	SEGUE CONSCIENTE, DESORIENTADO, FASICO, INQUIETA, RESPIRANDO AR AMBIENTE, ACEITA DIETA OFERECIDA, SONO E REPOUSO SATISFATORIO. QUEIXA-SE DE CEFALÉIA INTENSA, MEDICADA CPM.	EDINALVA	Edinalva Magalhães Virgínia Enfermeira COREN-PI 312.518
16:00:00	REALIZADO TC CONFORME SOLICITAÇÃO.	EDINALVA	Edinalva Magalhães Virgínia Enfermeira COREN-PI 312.518

30 07 2018
ORIGINAL
30 07 2018

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
 Hospital Regional "Tibério Nunes"
 Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
 Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

Nome:

Zuleika de Sousa

End:

Leito 203 Data: 18/02/18

EVOLUÇÃO MÚLTI PROFISSIONAL

Às 12h 00, Seta com ruído no
 lado, calma, choro leve, fôlego
 livre de chiado, entonação, eufonia
 melancolia, movimentos corporais
 livres, T=36,9, FC=69, R=20, P=110/80, T=35,9, R=20
 Às 18h, ruído leve, T=35,9, R=20
 FC=64, T=36,9, R=20, P=110/80

Às 24h, ruído leve, T=36,8, R=20, P=110/80
 no movimento, T=36,8, R=20, P=110/80
 Às 36h, ruído leve, T=36,8, R=20, P=110/80
 Às 48h, ruído leve, T=36,8, R=20, P=110/80

30 02 08

TELEPHONE: (89) 3522-1489

27 ANOS, 3 MESES, 21 DIAS

CLASS IN ENGLISH. &

PRESCRIÇÃO MÉDICA

3/02/2018 - 18:24:37

Evolução Médica

TCE 18:24:28

ECG 15

SEM DEF CATS NEUROLOGICOS FOCAIS

CEPHALIN LIVER

CD ANALYSIS

TC CONTROL ANEMIA

DIETA BRAND

DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 16

FENITOINA SODICA 100 MG

TRAMADOL (CLONIDINATO) 50MG/ML - ATIV: 2ML

JEICO SALINIZADO

4083 - JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Prça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

Nome:

Fátima de Jesus Silva

End:

Leito 502 Data: 17/02/18

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

As NC-05 mantêm evolução semelhante, mantendo, ECG 15 apresentando normalidade, liberação de bloqueio, ECG 15, bem como cultura e D. novo e repouso programado. Exames, pelo corpo, cefaléia, náusea, vômito, dor no abdômen - no grupo de acompanhamento, ECG 15, 036.

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N, O: MANGUINHA
64800-000, FLORIANO/PI
CNPJ: 06.553.564/0103-62
TELEFONE: (89) 3522-1489

Impresso: 16/02/2018 - 10:28:44

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA

ENFERMARIA: N05-NEUROCIRURGIA LEITO: N0502 ADMISSÃO: 15/02/2018 DIAS INTERNADO: 1 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

16/02/2018 - 10:28:07

Evolução Médica

10:27:48 TC ELEVE
FX MASTÓIDE D
FX POE
GLASGOW 14
CD: OBSERVAÇÃO

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML	1,00 BOC	IV	06/06H	(06/06) (05/06) (01/50) (06/06)	
DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1G	1,00 AMP	IV	06/06H	1 (06/06) 1 (05/06) 2 (01/50) 2 (06/06)	100
FENTONINA SÓDICA 100 MG	1,00 COM	ORAL	06/06H	1 (06/06) 1 (05/06) 2 (01/50) 2 (06/06)	50
DECADRON 4MG IV 06/06H				2 (06/06) 2 (05/06) 2 (01/50) 2 (06/06)	100
SSVV (TAX, P, R, PA = FC)	18		25	06	

titulado sang, IV, 08/08h. 28/08h. 28/08h. 28/08h.

0155 - 1057429
NEUROLOGIA
Dr. Elton Bezerra

Praga Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

Nome: JULIÃO DE SOUZA SILVA

End:

Leito 507 Data: 17/09/18

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

[illegible]

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data de internação: 15/02/2018 - 03:40:00
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Sexo: F

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Page 1 of 1
Data impressa: 16/02/2018

Anotação
16/02/2018

Técnico(a)

Assinatura

16:06:52	PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS. - PA:110/65 TAX: 37° F.C.:58 F.R.:0 Glicemia: 0	JANARA	Janara D. S. Silva Técnica de Enfermagem COREC 1167971
19:16:44	SEGUE REFERINDO CEFALEIA, MEDICADA CONFORME PRESCRITO. - PA:124/77 TAX: 37° F.C.:57 F.R.:0 Glicemia: 0	JANARA	Janara D. S. Silva Técnica de Enfermagem COREC 1167971

OK. PA - 103x57 mmHg / 8-53 bpm
Técnica de Enfermagem
COREC 1167971



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, Q - MANGUINHA
64800-000, FLORIANO/PI
CNPJ: 06.553.564/0103-62
TELEFONE: (89) 3522-1489

Impresso: 15/02/2018 - 11:25:04
Página: 1/1

PACIENTE: 1057429-ZULEIDE D SOUSA SILVA

27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

ENFERMARIA: M05-NEUROCIRURGIA

LEITO: N0502

ADMISSÃO: 15/02/2018

DIAS INTERNADO: 0

PRESCRIÇÃO MÉDICA

15/02/2018 - 11:23:41

Evolução Médica

11:23:40 TC LEVE
FX MASTÓIDE D
FX PO E
GLASSOW 14
CD: OBSERVAÇÃO

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00 BDL	IV	06/06H	(8) 14/02/18	
DIPLOINA 500MG/ML AMP 2ML - 1G	1,00 AMP	IV	06/06H	12/02/18 14/02/18	
FENITOINA SODICA 100 MG	1,00 COM	ORAL	08/08H	14/02/18 15/02/18	
BROMOPRIDA AMP (PLANET)	1,00 AMP	IV	12/12H	12/02/18 14/02/18	

Dr. Elton Bezerra
CPF: 010.564.893-70
NEUROLOGIA

561B - ELTON PORTELA SANTOS BEZZERA

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1067429 - ZULEIDE D. SOUSA SILVA

Data impresso: 15/02/2018

Page 1 of 1

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00 Sexo: F Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS
Responsável: ZULEIDE D. SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Anotação

16/02/2018

Técnico(a)

Assinatura

02:15:08	PACIENTE CALMA, SONOLENTA SEM QUEIXAS ALGICAS - PA:117/70 TAX:37° F.C.:81 F.R.:0 Glicemia: 0	JOSELIAS	
----------	--	----------	---

Os 6:00h. - Pac. - 100x60 mmHg - Tax 36,1°C - bpm 68. - Glic - 70mg/dl

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00 Sexo: F Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Evolução

15/02/2018

Enfermeiro(a)

Assinatura

10:00:00	SEGUE SOMOLENTE, ORIENTADO, FASICO, COOPERATIVO, AVP EM MSE, HIGIENIZADO, REFERE CEFALEIA E OTORRAGIA D.	EDINALVA	Edinalva Moura Virgolino Enfermeiro CORENPI 512318
----------	--	----------	--

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA Date Impresso: 15/02/2018

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00 Sexo: F Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

3:00:00	PACIENTE CALMA, UM POUCO SONOLENTA, SEM QUEIXAS ALGUMAS NO MOMENTO - PA:111/60 TAX: 37º F.C.:89 F.R.: 19 Glicemia: 0	MARILUCIA	Recebi a visita de enfermagem Realizei a aferição da glicemia: 116,0mg/dL
2:00:00	PACIENTE CALMA, SONOLENTA, ORIENTADA, SEM ALTERAÇÕES ATÉ O MOMENTO - PA:111/70 TAX: 37º F.C.:80 F.R.: 0 Glicemia: 0	MARILUCIA	Recebi a visita de enfermagem Realizei a aferição da glicemia: 116,0mg/dL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429-ZULEIDE D-SOUSA-SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0501

Sexo: F

Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Data impresso: 15/02/2018

Page 1 of 1

Evolução

15/02/2018

Enfermeiro(a)

Assinatura

06:09:44 JOVEM SOFREU ACIDENTE MOTO, SEGUE CONSCIENTE, DESORIENTADA, CALMA, SONOLENTA, RESPIRA AR AMBIENTE, SEM DEFICITS, APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO, SOB VIGILÂNCIA.

GESANE

Zuleide Silva
57/11/66

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1057429 - ZULEIDE D SOUSA SILVA

Data da internação: 15/02/2018 - 03:40:00
Responsável: ZULEIDE D SOUSA SILVA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0502

Sexo: F Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 27 DIAS

Page 1 of 1
Data impressa: 15/02/2018

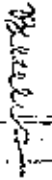
Anotação
15/02/2018

Técnico(a)

Assinatura

07:42:09 DESORIENTADA; SONOLENTE, CALMA - PA: 110/80 TAX: 36° F.C.: 55 F.R.: 0 Glicemia: 0

VALIDINA



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-4333 - Telefax: 0xx89 3522-4323

Prça. Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueiras

REQUISIÇÃO DE PARECER

DATA DE NASCIMENTO:

NOME:

Zulmar de Sousa Silva

CLÍNICA:

PS

ACÚMULO:

NEURO

MOTIVO DA CONSULTA

Verificação de exames de TC e
cef. me. TC

Dr. César Augusto Guimarães

MÉDICO

CRM 1423(P)

ASS. MÉDICO

PARECER

15/02/89
15/02/89

Quem de 15/02/89

Clín. 15/02/89
OTOMIA

15/02/89
15/02/89

15/02/89

15/02/89

Informações Gerais

1. Paciente: ZULIDE DE SOUSA SANTOS -- 31/07/1990 (27 anos), Acad. Mãe: (padrões 187708)
2. Leitor: Regional (Tribuna Mútes (Foliano/PI)) (estabelecimento 33)
3. Class. Risco: Urgente

2. VISÃO GERAL

3. EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante: Hospital Regional Juscelino Luz (Picos/PI)

Médico Solicitante: LUIS DO E. SANTO DE CARVALHO COSTA JUNIOR

Usuário Solitante: Usuário Padrão

Senha: 20180214148313

Observação solicitante: ASS. SOCIAL KARINE RECEBEU A SENHA

Caracter: gência

Tipo de Leito: Neurológica

CID: Hemiplegia subaguda devido a trombose

Descrição Clínica: Paciente vítima de acidente motorciclístico, apresentando cefaleia, vômitos, desconforto e dor aguda severa à direita. TC Crânio: fratura posterior na linha média do osso parietal estendendo na região frontoparietal direita e fratura na tábua do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide piriforme direita. Pode apresentar fratura longitudinal, com hemorragia intracerebral direita e discreta hemorragia subaracnóide frontal esquerda, com espessura de 0,3cm.

Protocolo de Atendimento: Assistência Ventilatória: Não necessária

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Glucose (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 99

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 14

Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não Informado): 96

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 140x90

Observações

Atualizações no Fluxo

Data

Usuário

Status

Motivo

14/02/2018 15:28

carlos medeiros hj

Pendente

14/02/2018 20:13

Ana Rita Gonçalves Melo

Fila de Espera

15/02/2018 20:13

Ana Rita Gonçalves Melo

Regulada

အမှတ် ၁၄၊ ရွှေဘိုလမ်း၊ ရန်ကုန်မြို့

13. Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SANTOS - 19/10/1990 (27 anos). Acad. Mãe: /paciente/107700)

ਭਾਗ 1 1

1	Class. Risch: Unglare
---	-----------------------

74430 OYSLA 2

ဝဋ်ကောလိဝေ

Estad. \$211.212.494

(1) 1/30/2024 2024 01/30/2024 2024 01/30/2024

နိမိတ်သဘောတရားတို့ကို ဖော်ပြရာတွင်

LUIS DO E SANTO DE CARVALHO COSTA JUNIOR

રાધશ્યામજીએ જણાવ્યું કે,

၄၃၁၅

၈၂၅၆၊ ၈၂၅၇ ဝန်ခံချက်

Capitol

၄၃၂/၈၂၅၀၂-၁-၂

ଫେବୃ

ՕՍՏԻՅԱՆՈՒՆԸ ԲՈՎԱԾՔԻՆԵՐՆԵՐԵՐԸ ԵՆԸՅՈՒՄԻՄ

04:30 PM

Descreva a lesão:
Paciente vítima de acidente automobilístico, apresentando lesões, vários, desconhecidos e extensas graves e difusas. TC Crânio: lesões posteriores na linha média do osso parietal estendendo-se para a região temporoparietal direita e esquerda na mesma do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior de pirâmide mesencefálica, onde apresenta afilix longitudinal, com hemorragias e difusão discreta hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3cm.

Proyecto de Resolución
Asamblea General Ordinaria

Memorandum (0 a 50 g/d) ou Nde Informaco: NAO INFORMADO

Chemie (0 a 500 mg/dl ou não informado): NÃO INFORMADO

13:00 PM - 1:00 PM

၁၆၆ (၁၉၉၆)ခုနှစ်၊ ဇူလိုင်လ ၁ ရက်၊ နံနက် ၈ နာရီ ၁၀ မိနစ်တွင် အစည်းအဝေး

Frequência respiratória (bpm ou mmHg informado): 14

93 : (ՔՐԱՄԱՅԻՆ ՕՒՆ ՈՒ ԿԱԺՔ ՕՅԻ Ե Օ) ԸՆԴՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ

[illegible]

အစဉ်အဆက်

oxu|₂ ou saou₂ez||eniv

ESPQ

14/02/2018 18:26

စာအုပ်အမျိုးအစား

ଆମ ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ

Paradise

51015

043914

[Faint handwritten text at bottom]

$\frac{1}{2} \times 10^{-3}$

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ

PRAÇA ANTONOR NEIVA, 184-BOMBA, PICOS/PI
 Telefone: (89) 3422-1314, FAX: (89) 3422-1314
 CNPJ: 06.553.564/0102-81, Email: HRJL@HRJL.PI.GOV.BR



Atendimento: E088995

EXTERNO

Coleado:

Data: 14/02/2018

Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
 Médico(a): LUIS DO ESPIRITO SANTO DE CARVALHO COS
 Convênio: SUS
 Leito: Enfermaria:
 Sexo: FEMININO
 Idade: 27 ANOS, 3 MESES, 28 DIAS
 Impresso: 14/02/2018

HEMOGRAMA

Materia: SANGUE

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

VCN

RCM

CM

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

NEUTRÓFILOS

LINFÓCITOS

MONÓCITOS

EOSINÓFILOS

PLAQUETAS

CONTAGEM GERAL

100,00

00 %

03 %

08 %

01 %

00 %

87 %

01 %

00 %

00 %

15,900 /mm³

366.000 /mm³

100,00

00 %

03 %

08 %

01 %

00 %

87 %

01 %

00 %

00 %

15,900 /mm³

366.000 /mm³

100,00

00 %

03 %

08 %

01 %

00 %

87 %

01 %

00 %

00 %

15,900 /mm³

366.000 /mm³

OBSERVAÇÕES
 OBSERVAÇÃO GERAL:
 Coletado: 14/02/2018 - 20:40:00
 Liberado: 14/02/2018 - 21:03:28

Neutrofilo
 Monocito
 Eosinofilo
 Linfocito
 Plaqueta

150.000 a 400.000 /µL

100%

2 a 8 % 20 a 800 /mm³

20 a 40 % 900 a 4400 /mm³

0 a 4 % 100 a 400 /mm³

0 a 1 % 100 a 100 /mm³

36 a 88 % 2000 a 7500 /mm³

0 a 4 % 100 a 400 /mm³

0 a 1 % 100 a 100 /mm³

4.500 a 11.000 /mm³

31 a 36 %

26 a 34 pg

80 a 100 U²

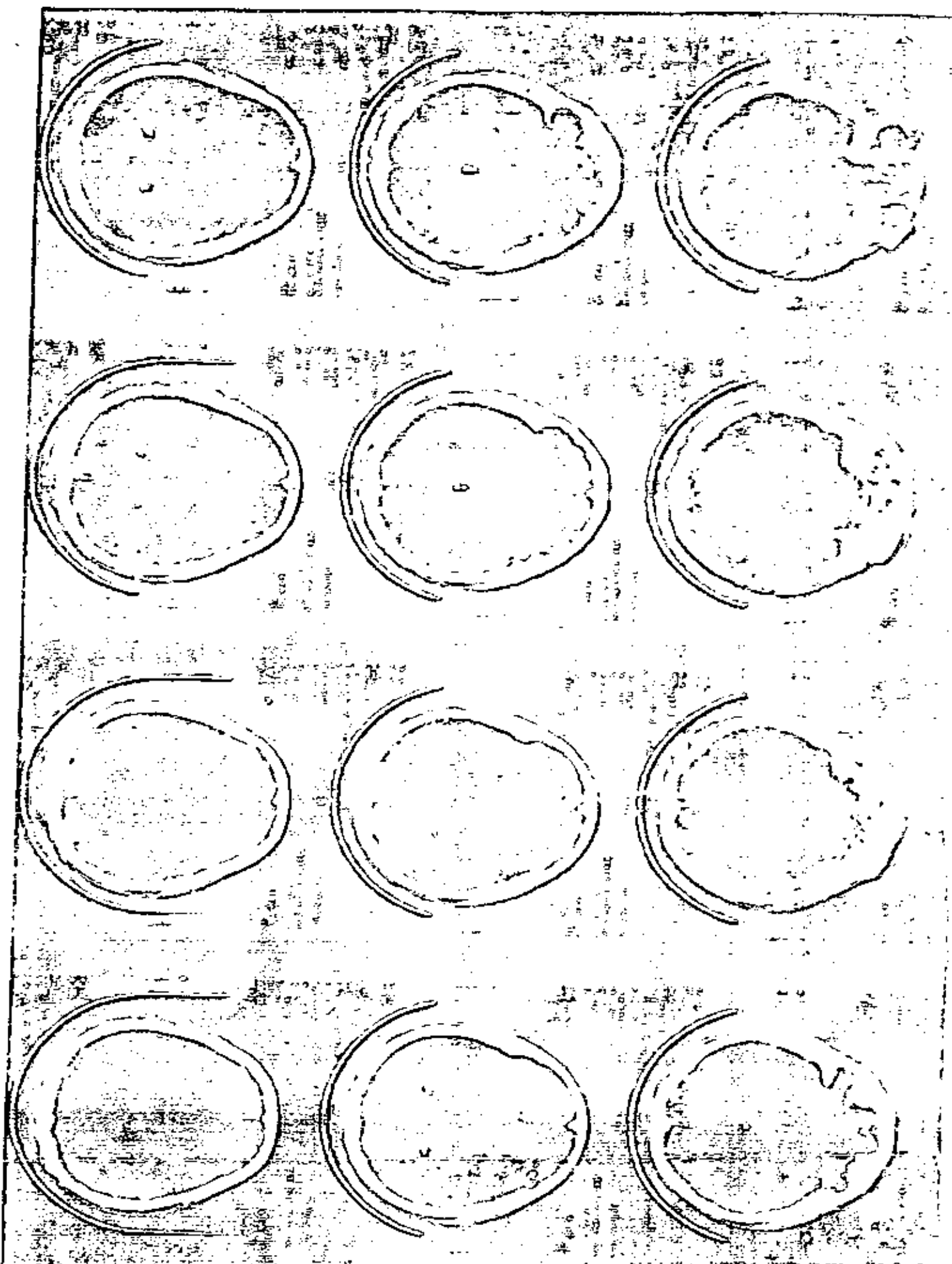
40 a 52 %

12,0 a 17,5 g%

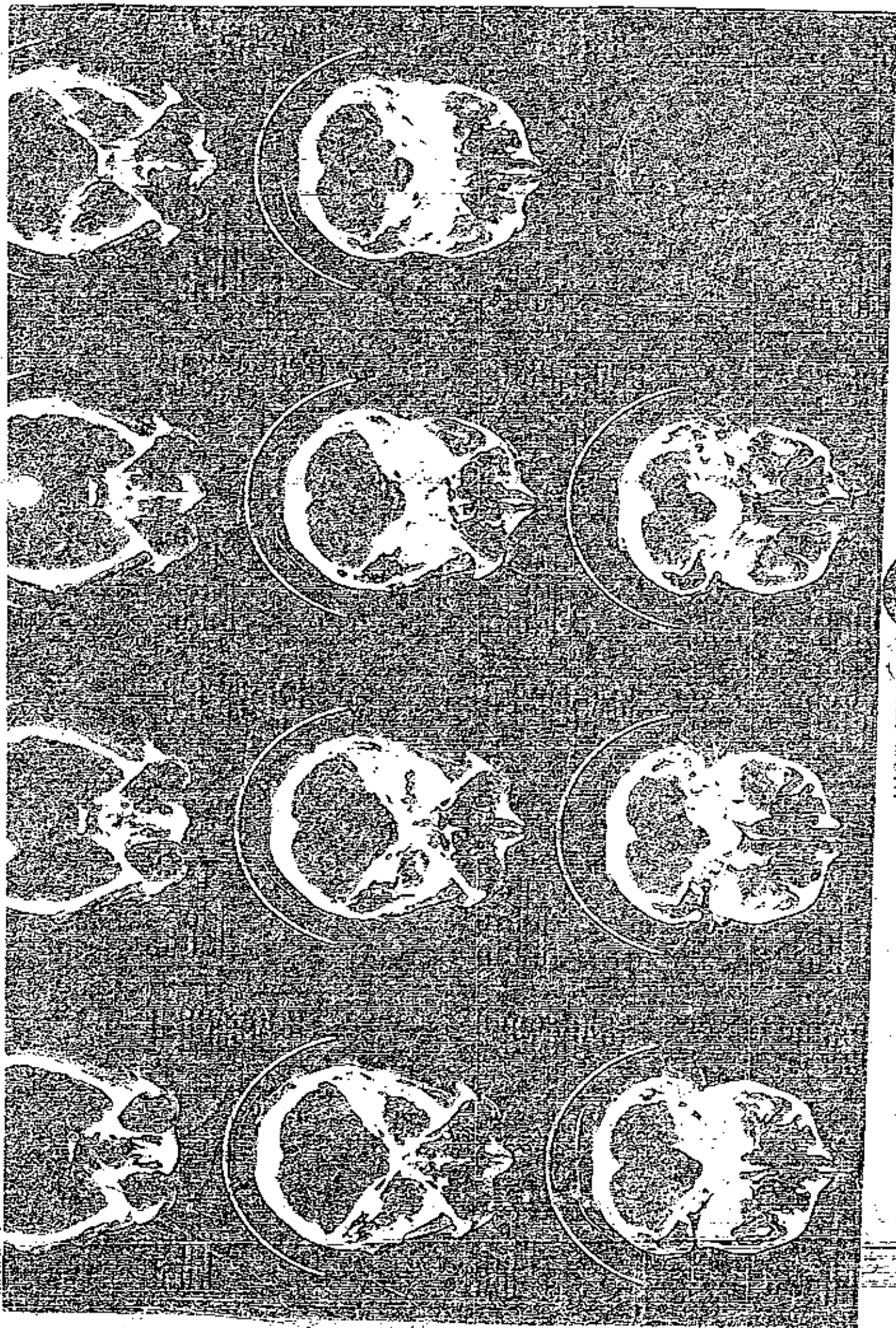
4,5 a 5,9 milhões/mm³

5696-MARCELLO JOSE ALBANO LIMA

Jr. Marcelo Jose Albano Lima
 CRBM 2-5696



ELI DIAGNOSTICO
faz bem



Paciente: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Médico:

Radiologista: P12832

Data: 14/02/2018

AV. GETÚLIO VARGAS, 509, CENTRO
FONE: (89) 3422-1235

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Tomografia computadorizada sem contraste venoso.

Achados:

Fratura posterior na linha média do osso parietal, se estendendo na transição frontoparietal direita e fratura na lâmina do osso temporal direito, se estendendo até a porção superior da pirâmide petrosa direita, onde apresenta orientação longitudinal, com hemotimpano à direita.
Hematoma subgaleal parietal na linha média e frontotemporal direito.
Discreto hematoma subdural frontal esquerdo, com espessura de 0,3 cm.
Ausência de processo expansivo neoplásico parenquimatoso, hemorragia parenquimatosa aguda, desvio das estruturas da linha média ou apagamento das cisternas da base.
Sistema ventricular tóxico, com morfologia e dimensões preservadas.

Conclusão:

Laudo descritivo.

Dr. Fábio Augusto Costa Martins
Médico Radiologista
CRM PI - 2823

Documento assinado digitalmente em 14/02/2018 por Dr. Fábio Augusto Costa Martins

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 62.350.040-1 1 via DATA DE EMISSÃO 30/06/2016

NOME
ZULEIDE DE SOUSA SILVA

PLACADO
SIMÃO BENTO DA SILVA
MARIA DOS HUMILDES DE SOUSA SILVA

NATURALIDADE
PAULISTANA - PI

DATA DE NASCIMENTO
19/10/1990

DESCRIÇÃO
PETROLINA-PE CURRAL QUEIMADO CN-LV.A05 /FLS.65 /Nº02885

CNPJ
056389903/48

Assinatura do Diretor
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA DE SÃO PAULO

B400-4

Foto da titular

Assinatura da titular

52306936

CARTÃO DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.110 DE 28/06/83

001 2 Via

CPF: 21.454.403-3

SÃO JOÃO DE MERITI RJ

C. NASC LIV. IRDAV FLS 51 TERM 10/476

RIO DE JANEIRO

NAT. LIT. ALIDADE

FIDNA CARLOS DE LIMA MACHADO

ANTONIO CARLOS MACHADO

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

REGISTRO 21.454.403-3

DATA DE NASCIMENTO 19/03/1989

DATA DE EXPIRAÇÃO 03/11/2015

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL

DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

0237

Polgar Direto

Assinatura: Eduardo Machado

001

2 Via

CPF: 21.454.403-3

SÃO JOÃO DE MERITI RJ

C. NASC LIV. IRDAV FLS 51 TERM 10/476

RIO DE JANEIRO

NAT. LIT. ALIDADE

FIDNA CARLOS DE LIMA MACHADO

ANTONIO CARLOS MACHADO

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

REGISTRO 21.454.403-3

DATA DE NASCIMENTO 19/03/1989

DATA DE EXPIRAÇÃO 03/11/2015

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

120.281.807-22

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

CPF: 21.454.403-3

SÃO JOÃO DE MERITI RJ

C. NASC LIV. IRDAV FLS 51 TERM 10/476

RIO DE JANEIRO

NAT. LIT. ALIDADE

FIDNA CARLOS DE LIMA MACHADO

ANTONIO CARLOS MACHADO

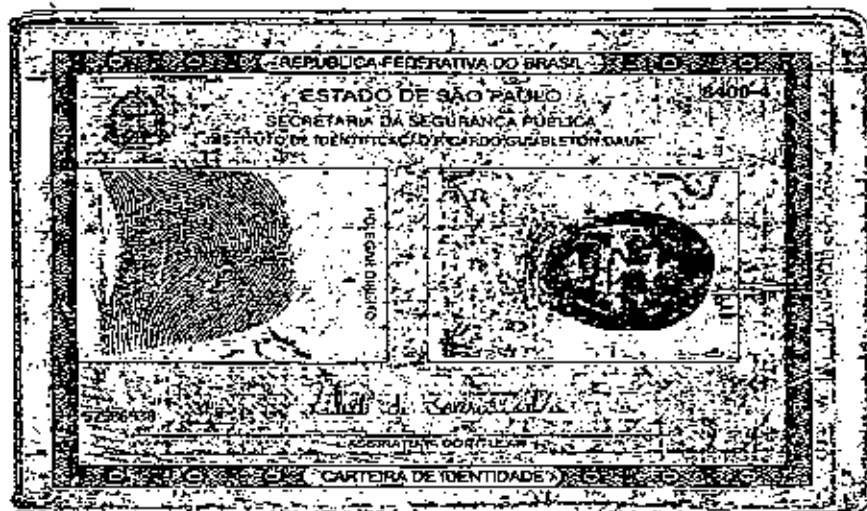
EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

REGISTRO 21.454.403-3

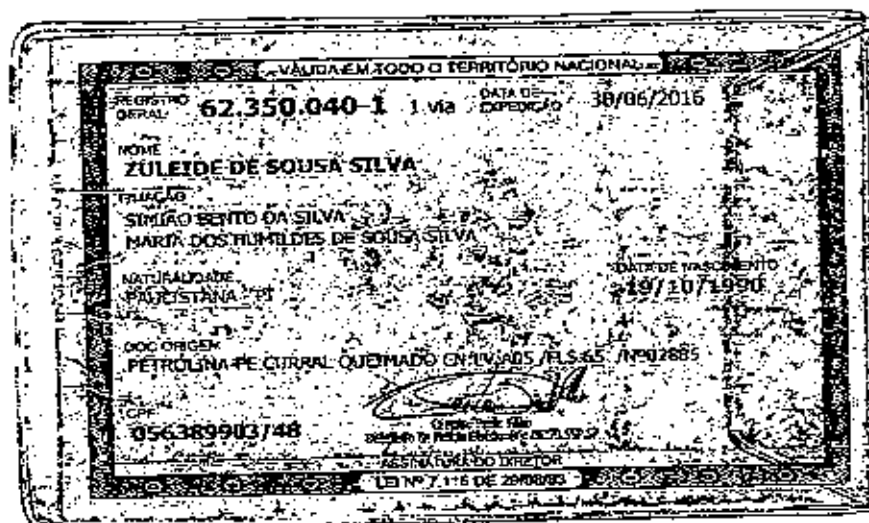
DATA DE NASCIMENTO 19/03/1989

DATA DE EXPIRAÇÃO 03/11/2015

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



Documentos de Identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 012825467660

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 00872682188 EXERCÍCIO 2017

NOME WILTON DE SOUSA SILVA

CPF/CNPJ 05638990348 PLACA DRX-5528

PLACA ANT/UF DRX-5528 CHASSI 9C2JC30705R751132

ESPECIE TIPO CAR/MOTOCICLO/NEUTRINA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN JOB KS ANO FAB 2005 ANO MOD 20

CAP/POT/CIL 012/012400 CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC COTAS 1º PYA

Faixa LPVA PARCELAMENTO/COTAS 00000000 2º 3º PAGA

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) 001,28 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO SEM RESTRICOES OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA 09/03/2017

ASSINATURA DATA 09/03/2017

DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE DO POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

PI Nº 012825467660 BILHETE DE SEGURO DPVAT

05638990348 DRX-5528 2017

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

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 12/01/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 05638990348 PLACA DRX-5528

RENAVAM 00872682188 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN JOB KS

ANO FAB 2005 ANO MOD 20 CHASSI 9C2JC30705R751132

PRÊMIO TARIFARIO 001,28

CUSTO DO BILHETE (R\$) 004,15 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 04/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

JUN-2016

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI N° 012825467660
0120180000167 80154906601

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
025500c2c022c19c6f1b57141b38f87156b4b3012818

VIA 1 COD. RENAVAM 008726521R6 RNTC

NOME DO PROPRIETÁRIO
ZULEIDE DE SOUSA SILVA
RUA PROJETADA VINTE E OITO 00002
COHAB PI

CPF/CNPJ 05538990348 PLACA DRX-5528

NOME ANTERIOR
MARTINS DANIEL DE SOUSA

PLACA ANT/UF DRX-5528 CHASSI 9C2JC30705R751432

ESPECIE TIPO CAR/MOTOCICLO/NEUTRA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN JOE KS ANO FAB 2005 ANO MOD 2005

CAP/POT/CIL 01P/0124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES
0
SEM RESTRICOES

ACAO LOCAL 02/01/2018

ASSINATURA DO DETRAN - PI

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV -
AUTORIZAÇÃO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:**

VALORES

NOME DO COMPRADOR:

CPF/CNPJ

ENDEREÇO:

LOCAL E DATA:

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências, de acordo com a Lei de Comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTR).
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTR).
- c) É obrigatório o reconhecimento de dívidas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICAÇÃO.

DE ACORDO:

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 335 C.P.C.

SEGURO OBLIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE* OU POR SUA CARGA, A PESSOAS 1154 - TRANSPORTADAS OU NÃO** SEGURO DPVAT

RI Nº 013604222485 BILHETE DE SEGURO DPVAT

—

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO PRIVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO**

www.seguradoralider.com.br

[illegible]

EXERCÍCIO 1 DATA EMISSÃO -

VIA 31

Q5690490348	DRX-5520
RENAVAM	MATICA / MODEL

008728218U HONTA/C5 123 TAN JOE KS

9C2JC30705R781132

PREMIO TAFIFARIO		CUBO DO SEGURO (RS)	
INQ (RS)	DENATIAN (RS)		
000.00	000.00		

[illegible]

000,00	PAGAMENTO	000,00	DATA DE QUITAÇÃO + #
			180,30

QUOTA UNICA	PARCELADO	BTG 24/08/67
-------------	-----------	--------------

SEGUROADUHA LIDER • DPVAT
CNPJ 02.248.608/0001-04

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
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
84

—

NEELING

SEURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 00.248.608/0001-04

CNPJ 09.248.808/0001-04

MEDULHO QUINQUAGENARIO DE DANOS HERBOÁRIOS
CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DI-
VERSAS MARCAS, QUE POR SUA CARDA, A PLESS DAS
TRABEIRADORAS DO NAO - MEDULHO DIFEREN-

◀ O SECONDO UN'ALT CORRE DAIOS PERSOALTE
CANTACIÓI POU VEHICULO AUTOMOTONIS DE VIA
TERRESTRE, OU POU SUA DAIOS. O PERSOALTE
TERRESTRALMENTE.

[illegible][illegible][illegible]

Modelo (1)	Modelo (2)
US\$ 13.990,00	US\$ 15.320,00

[illegible]

La prima delle tre società che hanno fatto la loro comparsa nella prima settimana di Borsa, con un rialzo del 20 per cento, è stata la società di servizi di pulizia e manutenzione di edifici e impianti, la **Immacolata**, che ha chiuso a 1,25 euro. La seconda è la **Immacolata**, che ha chiuso a 1,25 euro. La terza è la **Immacolata**, che ha chiuso a 1,25 euro.

(a) O autor - pesquisador em Antropologia Médica e Epidemiologia, Instituto de Saúde, Universidade de São Paulo, tem experiência em estudos de intervenção, métodos qualitativos e quantitativos. Atualmente, está coordenando dois projetos de intervenção comunitária, um em uma comunidade de rua e outro em uma comunidade de alto nível socioeconômico. O autor também atua como consultor em projetos de intervenção comunitária em áreas de saúde pública.

● PODERADO FILL BOLIGNADOB DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOS TEMOS DO ANEXO A INTERCOMUNICACAO Nº 237012.

• **IMPORTANT:**

- NÃO É NECESSÁRIO ADOÇÃO DE MEDIDAS DE CONTROLE DE QUALIDADE INTERMITENTES PARA NÃO ENRIQUECER NO PRINCÍPIO DE INCENTIVAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DE AVALIAÇÃO PROPOSTA.

• OFICINADO POR CENOS. OBSERVADO DE ACESSO EM
AÇÚCAR E BULIMINIA, EBT, LIMITADO A VIDA
DIA INDO DA TAVELA QUE ATENDIA OS REQUISITOS DO
AII 15 DA FAVELADO CENOS 27/2001?

o PRÊMIO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DO
MILITARIO: 70% PARA O MILITARIO, 10% PARA A FAMILIA E 20% PARA O
GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

! INFORMAÇÕES ADICIONAIS

• O STUPELO DEPART E' INCLINADO PARA TODOS OS PROCESSOS DE VOTOS, DE ACORDO COM A LINHA DE 6,104/1974, SENDO ENTE INTEGRANTE DO EQUIPAMENTO ANUAL DE VOTOS.

• PRÁTICA DE MANEIRA DO BRASIL: UM OLHAR PARA O FUTURO DO BRASIL E O PAPEL DA EDUCAÇÃO E DA CULTURA NA CONSTRUÇÃO DE UM PAÍS MAIS JUSTO E SUSTENTÁVEL.

[illegible]

INFORMAZIONE: L'INTERPRETE NON E' IN GRADO DI VINCULARE IL
INSEGNANTE CON UNO DEI DUE. IL VINCULANTE
DEI INSEGNANTI E' IL DUE. IL DUE E' IL DUE. IL DUE E' IL DUE.
INSEGNANTE

© 1996 LEO WATSON. NO PARTS MAY BE REPRODUCED OR TRANSMITTED IN ANY FORM OR BY ANY MEANS, ELECTRONIC OR MECHANICAL, INCLUDING PHOTOCOPYING, RECORDING, OR BY ANY INFORMATION STORAGE AND RETRIEVAL SYSTEM, WITHOUT PERMISSION IN WRITING FROM LEO WATSON.

PARQUE NATURAL DE LA SIERRA DE GUADALUPE

• OMS ADOPTA RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LA FIEBRE TIFOIDAL EN LA INFANCIA

CELSTI MACEDONIA I BELGIVIA I KROVATSKA I SLOVENIJA I HRVATSKA I
PATAKIJU I UJEDINIO DO ALI. DO IMA IJE N' BUDUĆU
DOBRU I TAJESNOU I BILIPPI.

ATENCIÓN AL PÚBLICO
 VAC. DR. V. Q. 022 120
 www.fundaciondelbienestar.es

0 **É DE FAMILIARIZAÇÃO**
 1 **COM O SISTEMA DE**
 2 **INFORMÁTICA, ATRAVÉS**
 3 **DE EXERCÍCIOS E**
 4 **ATIVIDADES PRÁTICAS.**
 5 **6. OBJETIVOS**
 6 **6.1. OBJETIVO GERAL**
 7 **6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**
 8 **6.3. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 9 **6.4. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 10 **6.5. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 11 **6.6. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 12 **6.7. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 13 **6.8. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 14 **6.9. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 15 **6.10. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 16 **6.11. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 17 **6.12. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 18 **6.13. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 19 **6.14. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 20 **6.15. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 21 **6.16. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 22 **6.17. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 23 **6.18. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 24 **6.19. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 25 **6.20. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 26 **6.21. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 27 **6.22. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 28 **6.23. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 29 **6.24. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 30 **6.25. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 31 **6.26. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 32 **6.27. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 33 **6.28. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 34 **6.29. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 35 **6.30. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 36 **6.31. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 37 **6.32. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 38 **6.33. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 39 **6.34. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 40 **6.35. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 41 **6.36. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 42 **6.37. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 43 **6.38. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 44 **6.39. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 45 **6.40. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 46 **6.41. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 47 **6.42. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 48 **6.43. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 49 **6.44. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 50 **6.45. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 51 **6.46. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 52 **6.47. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 53 **6.48. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 54 **6.49. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 55 **6.50. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 56 **6.51. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 57 **6.52. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 58 **6.53. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 59 **6.54. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 60 **6.55. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 61 **6.56. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 62 **6.57. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 63 **6.58. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 64 **6.59. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 65 **6.60. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 66 **6.61. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 67 **6.62. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 68 **6.63. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 69 **6.64. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 70 **6.65. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 71 **6.66. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 72 **6.67. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 73 **6.68. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 74 **6.69. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 75 **6.70. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 76 **6.71. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 77 **6.72. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 78 **6.73. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 79 **6.74. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 80 **6.75. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 81 **6.76. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 82 **6.77. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 83 **6.78. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 84 **6.79. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 85 **6.80. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 86 **6.81. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 87 **6.82. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 88 **6.83. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 89 **6.84. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 90 **6.85. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 91 **6.86. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 92 **6.87. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 93 **6.88. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 94 **6.89. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 95 **6.90. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 96 **6.91. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 97 **6.92. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 98 **6.93. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 99 **6.94. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 100 **6.95. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 101 **6.96. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 102 **6.97. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 103 **6.98. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 104 **6.99. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 105 **6.100. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 106 **6.101. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 107 **6.102. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 108 **6.103. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 109 **6.104. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 110 **6.105. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 111 **6.106. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 112 **6.107. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 113 **6.108. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 114 **6.109. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 115 **6.110. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 116 **6.111. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 117 **6.112. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 118 **6.113. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 119 **6.114. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 120 **6.115. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 121 **6.116. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 122 **6.117. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 123 **6.118. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 124 **6.119. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 125 **6.120. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 126 **6.121. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 127 **6.122. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 128 **6.123. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 129 **6.124. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 130 **6.125. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 131 **6.126. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 132 **6.127. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 133 **6.128. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 134 **6.129. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 135 **6.130. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 136 **6.131. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 137 **6.132. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 138 **6.133. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 139 **6.134. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 140 **6.135. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 141 **6.136. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 142 **6.137. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 143 **6.138. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 144 **6.139. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 145 **6.140. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 146 **6.141. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 147 **6.142. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 148 **6.143. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 149 **6.144. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 150 **6.145. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 151 **6.146. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 152 **6.147. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 153 **6.148. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 154 **6.149. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 155 **6.150. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 156 **6.151. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 157 **6.152. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 158 **6.153. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 159 **6.154. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 160 **6.155. OBJETIVOS DE AVALIAÇÃO**
 161 **6**

SUSEP
DISQUE - BUSBAP
0000 021 8484
WWW.BUSBAP-ONLINE.COM

SUPLENIR/RECONSTITUIR DE VELOCIDADE PERDIDA POR
 MANEIO DE VELOCIDADE, RECONSTITUIR POR MANEIO DE
 VELOCIDADE E RECONSTITUIR POR MANEIO DE VELOCIDADE
 RECONSTITUIR POR MANEIO DE VELOCIDADE RECONSTITUIR

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO -

— IPVA - 14,1 COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA -

-IPVA - 3ª COTA OU ÚNICA

AUTENTICĂ ȘI MECĂNICĂ

MULTAS DE TRÂNSITO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

11/11/11 11:11:11

DEFINITION

0320180000162

Nº 012825467660

00154905504

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

023500c2c022018c9fab87e4ddc68e871361b3012818

☐ VTA

1 VTA 009726924 R9

-ANTAC

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

RUA PROJETADA VINTE E OITO. 00003
CORAB

05638990348

PLATE
DE V. 5. 21

MARTINS DANIEL DE SOUSA

PLACA ANT/UF
DRX-552B

9C2JC30705R75E332

ESPECIE TÃO
CAR/MOTO/CICLO/NENHUMA

COMBUSTIBLE
GASOLINE

MARCA/MODELO
HONDA/CG 125- FAN JOB. K5

AND FAB AND MOE
2005 2005

01P/0124GC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PEETA

OBSERVATIONS

SEMP-RESTRICTED

FINAUA

LOCA

10/27/2018

[illegible]

2018年10月15日

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV -
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN.
TRANSFERIR O REGISTRO DESTES VEÍCULO, PARA:

VALORES

NOME DO COMPRADOR:

RG:

ENDEREÇO:

LOCAL E DATA:

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

R) O vendedor tem a obrigação legal de fornecer a seguinte documentação para a transferência do veículo ao comprador no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser responsabilizado solidariamente pelas penalidades impostas e suas incidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

b) O vendedor tem a obrigação de fornecer a seguinte documentação para a transferência do veículo ao comprador no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser responsabilizado solidariamente pelas penalidades impostas e suas incidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

a) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, em duas vias, na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO:

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 329 DO CC.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PI Nº 013604222485
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: ☐ COB. RENOVADA ☐ EXERCÍCIO 2018

PLACA: INK-552B

EXERCÍCIO 2018

VEICULO: HONDA / CB 250 FAN JON RS

PREMIO TARIFARIO: 000,00

DATA DE EMISSÃO: 30/08/2018

ACRUA

30/08/2018

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS E BENS (TRANSITANTES OU NÃO) SEGURO DPVAT

PI Nº 013604222485 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 0600 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO: 2018 30/08/2018

VEICULO: HONDA / CB 250 FAN JON RS

PREMIO TARIFARIO: 000,00

DATA DE EMISSÃO: 30/08/2018

ACRUA

30/08/2018

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

АУТЕНТИКАЦИЯ МЕХАНИКИ

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190166409**

Nome do(a) Examinado(a): **ZULEIDE DE SOUSA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

r joaquim r de sousa, 389 - centro - Acauã - PI - CEP 64748-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PI**] **62350040-1**

Data e local do acidente: [**14/02/2018**] **ACAUÃ - PIAUÍ**

Data e local do exame: [**19/03/2019**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo cranioencefálico

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

Paciente apresenta déficit auditivo a direita. Paralisia facial a direita. Crises fortes de cefaléia, frequentes. Em uso de analgésico diariamente.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Submetida a tratamento conservador. Refere alta médica.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Paciente consciente, orientada, apresenta déficit auditivo a direita. Paralisia facial a direita. Movimentos de membros preservados. Crises fortes de cefaléia e tontura frequentes, em uso de analgésicos diariamente.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Cranio facial

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Audição direita

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Neurológico

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400419/18

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Data do acidente: 14/02/2018

CPF: 056.389.903-48

CPF de: Próprio

Títular do CPF: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros

ZULEIDE DE SOUSA SILVA : 056.389.903-48

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocoladas como comprovante de entrega por meio de cancela 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: 05/11/2018
Nome: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
CPF: 056.389.903-48

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400419/18

Número do Sinistro: 3180517699

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

CPF: 056.389.903-48

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 14/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

Outros



ZULEIDE DE SOUSA SILVA : 056.389.903-48

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/12/2018
Nome: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
CPF: 056.389.903-48

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2018
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400419/18

Número do Sinistro: 3180517699

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

CPF: 056.389.903-48

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Outros



Data do acidente: 14/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ZULEIDE DE SOUSA SILVA : 056.389.903-48

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela 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: 14/01/2019
Nome: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
CPF: 056.389.903-48

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

em Zulu de soure selva
galileu contatos de seguradoras
lider Poma dos endereços no
meu seguro de invalidez e
Pomela meditante

Zulu de soure selva
sinistro 3180517699
RG.62.350.040-1
CPF 056 389 903 48
Telefones: 899945893 85
81994301836

Endereços: Rua Joaquim Rodrigues
de Souza
Nº 399
bairro: Centro de Alameda Piumi

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190166409

Cidade: Acauã

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Data do acidente: 14/02/2018

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico

Descrição do exame físico: Paralisia facial a direita. Refere crises fortes de cefaleia, frequentes. Em uso de analgésico diariamente.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento conservador. Refere alta médica.

Sequelas permanentes: Cranio-facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/03/2019

Conduta mantida:

Observações: Paciente apresenta déficit auditivo a direita nas frequências acima de 3.000 Hz (audiometria de 01/02/2019 - não atinge níveis de perda indenizáveis)
Refere crises fortes de cefaleia, frequentes. Em uso de analgésico diariamente.
Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190166409 **Cidade:** Acauã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Zuleide de Sousa Silva brasileiro (a)
 estado civil: 62.350.049-1 profissão: — carteira de identidade
 nº 62.350.049-1 órgão expedidor: SSP - RJ
 C.P.F. nº 036.389.903-49 residente • domiciliado
R. 9 de Abril e 10 de Maio nº SIN bairro Parque
 Cidade Alcaçuz no Estado de PIAUÍ, pelo presente
 Instrumento particular de procuração, na melhor e boa forma de direito,
 nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador.

OUTORGADO:

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO, Brasileiro, solteiro, Empresário,
 Carteira de identidade nº 21.454.403-3 DIC/RJ, CPF 120.281.807-22, residente
 e domiciliado na Rua João de Castro, Nº 816, Catubá, Nilópolis - RJ, CEP:
 28.640-300.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante
 nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim
 especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio
 Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito
 o Sr.º (a) Zuleide de Sousa Silva

Ocorrido em 14/02/2018 conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

O intuito desta Procuração é dar Poderes ao Outorgado para representar-me
e cadastrar o processo junto as Seguradoras do Consórcio Dvot e
Seguradora Litor.

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do
Outorgante.

Paulistana / Pl. 10 de Abril de 2018

Zuleide de Sousa Silva

(OUTORGANTE)

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
 Josileide Rodrigues de Oliveira
 Escrevente Substituta
 Município e Comarca de Paulistana - PA

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS
 PETRÔNIA MOREIRA DE CARVALHO - TABELIÃ
 CNPJ 06.734.267/0001-39 - DMS - ET 957-4

AVENIDA MIGUEL ARCANJO CAVALCANTE CENTRO - Nº 160 PAULISTANA - PAU

RECONHEÇO POR AUTENTICAÇÃO A FIRMA DE ZULEIDE DE SOUSA SILVA,
 EM TEST. CR DA VERDADE. DOU FE PAULISTANA, 10/04/2018 18:26:37

JOSILEIDE RODRIGUES DE OLIVEIRA - ESCRIVENTE SUBSTITUTA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336302/18

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

CPF: 056.389.903-48

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 14/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO : 120.281.807-22

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

ZULEIDE DE SOUSA SILVA : 056.389.903-48

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/09/2018
Nome: EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO
CPF: 120.281.807-22

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2018
Nome: Marcilene de Souza Barroso
CPF: 085.102.737-74

Marcilene de Souza Barroso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400419/18

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

CPF: 056.389.903-48

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 14/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ZULEIDE DE SOUSA SILVA : 056.389.903-48

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/11/2018
Nome: ZULEIDE DE SOUSA SILVA
CPF: 056.389.903-48

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190166409

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Data do Acidente: 14/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190166409

Vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

Data do Acidente: 14/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ZULEIDE DE SOUSA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

056.389.903-48

Nome completo da vítima

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ZULEIDE DE SOUSA SILVA		CPF titular da conta 056.389.903-48	Profissão NEGOU-SE
Endereço Rua Joaquim R. de SOUSA		Número 389	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade Araçá	Estado PIAUÍ	CEP 64.798-000
E-mail			Telefone (DDD) (91) 99401-1044

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

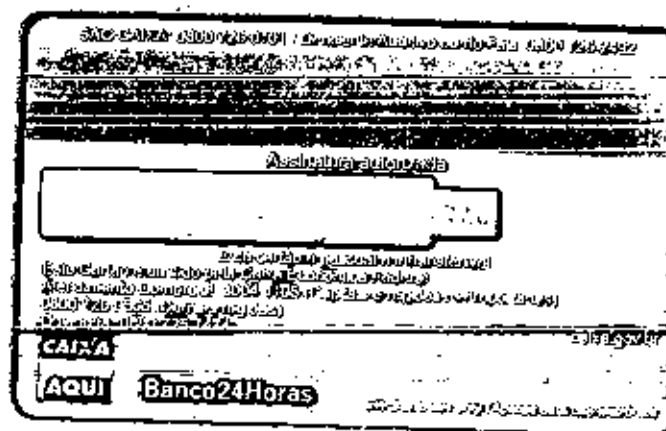
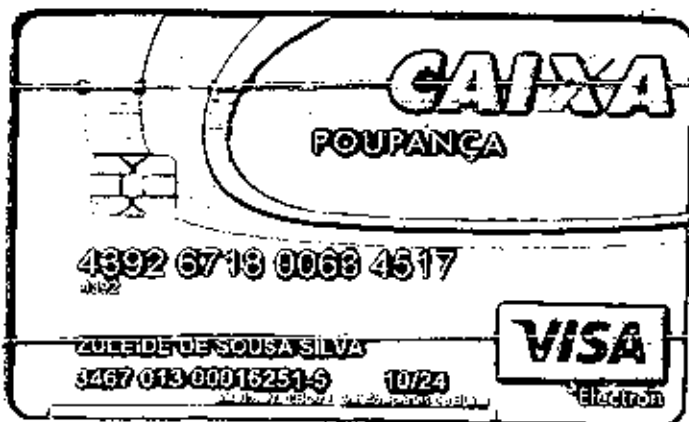
FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ BRASECO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CADA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos): BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA Agência 3467 D/V 24649 G/V 9	

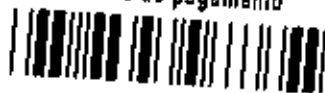
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Piauí, 01 de Setembro de 2018
Local e Data

X Zuleide de Sousa Silva



Autorização de pagamento



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0721204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: 3180426784 CPF da Vítima: 056.389.903-48 Nome completo da vítima: ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>ZULEIDE DE SOUSA SILVA</u>		CPF titular da conta <u>056.389.903-48</u>	Profissão <u>ORIENTADORA - CRAS</u>
Endereço <u>R. JOAQUIM R DE SOUSA 389</u>		Número	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>ACAUÃ</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64748-000</u>
Email <u>sousasilvazuleide@gmail.com</u>		Telefone (DDD) <u>(99) 993740843</u>	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRASILESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO Nome <u>CAIXA ECONOMICA FEDERAL</u>		NICK <u>304</u>	
AGÊNCIA NRQ <u>3467</u>	D/V	CONTA NRQ <u>003 - 24649</u>	D/V <u>9</u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

ACAUÃ-PI, 23 de NOVEMBRO de 2018.

Local e Data

Autorização de pagamento



Zuleide de Sousa Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

3180426784

CPF da Vítima

056.389.903-48

Nome completo da vítima

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ZULEIDE DE SOUSA SILVA

CPF titular da conta

056.389.903-48

Profissão

ORIENTADORA - CRAS

Endereço

R. JOAQUIM R DE SOUSA 389

Número

Complemento

Bairro

CENTRO

Cidade

ACAUÃ

Estado

PI

CEP

64748-000

Email

zousasilvazuleide@gmail.com

Telefone (DDD)

(91) 993740841

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☒ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Nº

304

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

3467

003 - 24649

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

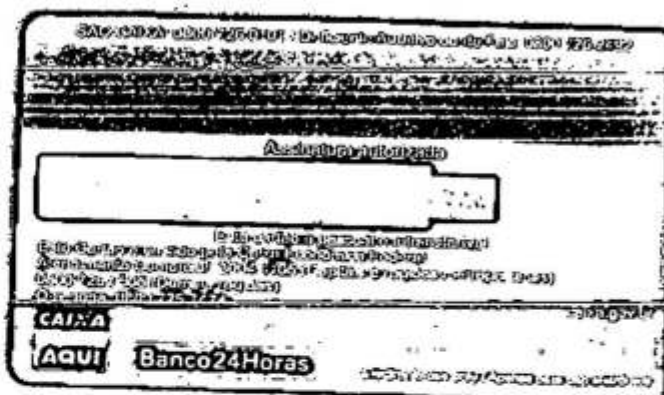
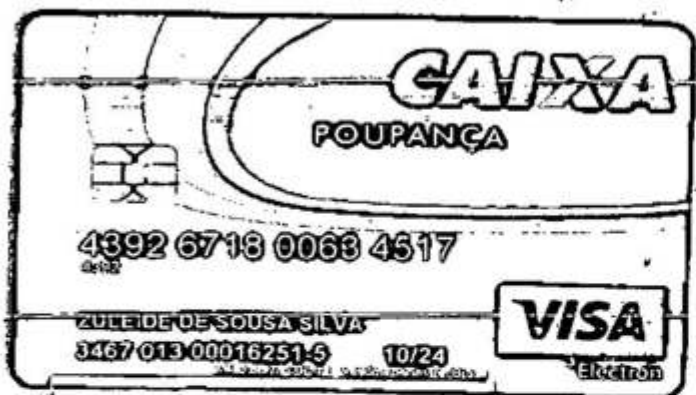
ACAUÃ-PI, 23 de NOVEMBRO de 2018.

Local e Data

Zuleide de Sousa Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180517699
Nome do(a) Examinado(a): Zuleide de Sousa Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Joaquim R de Sousa, 389
Centro Acaua PI CEP: 64748-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 62350040
Data local do acidente: [14/02/2018]
Data local do exame: [29/01/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**RAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-FRATURA POSTERIOR NA LINHA MEDIA DO OSSO PARIETAL
-HEMATOMA SUBDURAL FRONTAL ESQUERDO
-FRATURA DA MASTOIDE DIREITA**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: DANO FACIAL
Data da Alta: 14/02/2018**

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

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM FACE, COM CEFALIA, PTOSE PALPEBRAL A DIREITA ASSOCIADO A PERCA AUDICAO A DIREITA , PARESTESIA FACIAL DIREITA , PERCA DO PALADAR, SEM LIMITACOES NEUROLOGICAS DIAGNOSTICADAS.

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

☒ (X) Sim () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

() Sim ☒ (X) Não

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

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

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

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

☒ (X) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias

() "Sem seqüela permanente"

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

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

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**PACIENTE RELATA PERCA AUDITIVA A DIREITA APOS TRAUMA FACIAL E TCE POREM NAO FOI REALIZADO ATE O MOMENTO AUDIOMETRIA.
ORIENTO REALIZACAO DE AUDIOMETRIA**

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
COMANDO DE POLICIAMENTO DO SEMI-ÁRIDO - CPSA
20 BPM - PAUISTANA - PI
GRUPAMENTO DE POLÍCIA MILITAR DE ACAUÃ - PI - GPM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO
NUMERO DA OCORRÊNCIA: 006/2018 DATA DO REGISTRO: 03/04/2018 (Terça-feira)
UNIDADE RESPONSÁVEL: Grupamento Policial Militar de Acauã - PI.
COMANDANTE DO GPM: GENIVALDO MIGUEL DE SOUSA - CB PM.

DADOS DO INFORMANTE

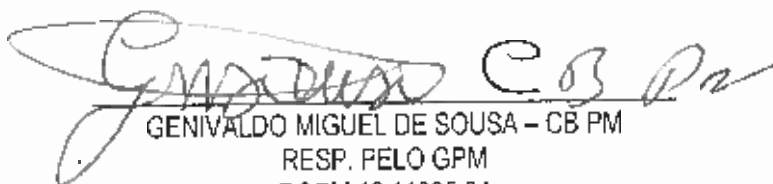
NOME: Simião Bento da Silva
NATURALIDADE: Brasileiro ESTADA CIVIL: Divorciado
PROFISSÃO: Aposentado RG: 1.733. 867 SSP/BA CPF: 229.430.30-325
FILIAÇÃO: Bento Antonio da Silva e Osana Martina da Silva.
NATURALIDADE: Paulistana Pi
DATA DE NASCIMENTO: 28/10/1955
IDADE: 62 anos
LOCAL DA RESIDÊNCIA: Av. Deusdedite Cavalcante s/nº Bairro Centro.
CIDADE: Acauã - PI CEP 64748-000

HISTORICO DA OCORRENCIA

O informante acima Comunicou: Que na data de 14 de Fevereiro de 2018 conduzindo a sua motocicleta de placa DRX 5528 Acauã PI de RENAVAN 00872682188 cor Preta chassi 9C2JC30705R751132 ano Fab. 2005 modelo 2005 em nome da proprietária Zuleide de Sousa Silva, chegando na entrada que dá acesso a Barra do Angical a sua filha Zuleide de Sousa Silva de RG 62.350.040-1 e CPF de 056.389.903.-48, quando de carona em sua Motocicleta, quando de repente o seu vestido enganchou na coroa da corrente chegando cair no meio da BR em cima da via de rolagem, e com os exames médicos constatou que teve 3 fratura na crânio e que quebrou um osso no ouvido direito e por isso a boca da mesma zuleide ficou torta e que a fratura atingiu o lado esquerdo da parte do ouvido. Razão pela qual procurou esta Unidade de Polícia para registrar o ato e solicitar o presente boletim da ocorrência.

Era o que tinha a registrar para que produza seus efeitos legais, cujo teor fielmente transcrevi. Eu
GENIVALDO MIGUEL DE SOUSA, escrivão Ad-Hoc, digitei e assino.

DADA E LAVRADA nesta cidade de Acauã - PI, GPM de Acauã - PI, aos 03 de Abril de 2018.


GENIVALDO MIGUEL DE SOUSA - CB PM
RESP. PELO GPM
RGPM 10.11685/94

Simião Bento da Silva

NOTICIANTE
SEBASTIÃO LUIZ DE MONT R Assembleia 180 13-SET-2018 17:40 039331 1/1



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
COMANDO DO SEMIÁRIDO - CPSA
20 BPM - PAULISTANA - PI

GRUPAMENTO DE POLÍCIA MILITAR DE ACAUÁ-PI
Av. Profª Maria Lina de Araújo, s/nº, centro, Tel. (89)3493-0028 (89) 994294139



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO
NUMERO DA OCORRÊNCIA: 006/2018 DATA DO REGISTRO: 14/02/2018 (Quarta feira)
UNIDADE RESPONSÁVEL: Grupamento Policial Militar de Acauá PI
COMANDANTE DO GPM: GENIVALDO MIGUEL DE SOUSA CB PM.

DADOS DO INFORMANTE

NOME: Simião Bento da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Divorciado
PROFISSÃO: Aposentado. RG. 1.733.867 SSP-BA e CPF 229.430.303.25
FILIAÇÃO: Bento Antonio da Silva e Osana Martina da Silva
NATURALIDADE: Paulistana PI
DATA DE NASCIMENTO: 28/10/1955.
IDADE: 62 anos
LOCAL DA RESIDÊNCIA: Av. Deusdedita Cavalcante s/nº Bairro Centro
CIDADE: Acauá - PI. CEP 64 748-000

RECEBIDO

31 OUT 2018

Seguradora Líder DPVAT

HISTORICO DA OCORRÊNCIA

O informante acima Comunicou: Que na data de 14 de fevereiro de 2018 conduzindo a sua motocicleta de placa DRX 5528 Acauá PI, de RENAVAN 00872682188 chassi 9C2JC30705R751132 ano Fab.. 2005 modelo 2005 em nome da proprietária Zuleide de Sousa Silva de RG 62.350.040-1 e CPF 056.389.903-48 quando de carona em sua motocicleta, quando de repente o seu vestido enganchou na coroa da corrente e chegando cair no meio da BR 407 em cima da via de rolagem, e com os exames médicos constatou que teve 3 fratura no crânio e que quebrou um osso no ouvido Razão pela qual procurou esta Unidade de Polícia, para registrar o fato e solicitar o presente boletim da ocorrência.

Era o que tinha a registrar para que produza seus efeitos legais, cujo teor fielmente transcrevi. Eu Genivaldo Miguel de Sousa escrivão Ad-Hoc, digitei e assino.

DADA E LAVRADA nesta cidade de Acauá - PI, GPM de Acauá - PI, aos 14 de fevereiro de 2018

Genivaldo Miguel de Sousa CB PM
GENIVALDO MIGUEL DE SOUSA,
CMT DO GPM.
RG. 1011685-94-PMPÍ

Simião Bento da Silva
NOTIFICANTE

PAULISTANA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO NOTAS

PETRONILA MOREIRA DE CARVALHO - TABELA

CNPJ: 08.734.350/0001-05 - END: 37151-4

AVENIDA WILSON EL ARCANJO CAVALCANTE, CNPJ 23. Nº 157, PAULISTANA - PIAUÍ

CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDO

NOTAS EM TEST. DA VERDADE DOUFE, PAULISTANA, 22/02/2018 11:02:21

ENOCHE MARCELINO DE MORAIS NETO - ESCRIVÃO

Empl. 2.355

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Enoque Marcelino de Moraes Neto

ESCRIVÃO AUTORIZADO

Paulistana - Piauí

Nº ABR-35423