



Número: **0807696-83.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **02/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA (AUTOR)		ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
9619555	11/05/2020 11:19	<a href="#">Citação</a>	Citação
4950966	01/04/2020 13:41	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
4811171	18/04/2019 22:06	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
4663000	02/04/2019 17:28	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
4663013	02/04/2019 17:28	<a href="#">AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE SEGURO DPVAT NADIA MARIA DE ARAUJO SILVA</a>	Petição
4663020	02/04/2019 17:28	<a href="#">01PROCURAÇÃO RG CPF E VALOR PAGO</a>	Documentos
4663023	02/04/2019 17:28	<a href="#">02DECLARAÇÃO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO</a>	Documentos
4663027	02/04/2019 17:28	<a href="#">03PRONTUÁRIO1</a>	Documentos
4663030	02/04/2019 17:28	<a href="#">04PRONTUÁRIO2</a>	Documentos
4663031	02/04/2019 17:28	<a href="#">05PRONTUÁRIO6</a>	Documentos
4663032	02/04/2019 17:28	<a href="#">07BOLETIM DE OCORRENCIA BOLETIM DE ENTRADA E LAUDO</a>	Documentos
4663034	02/04/2019 17:28	<a href="#">08DEMAIS LAUDOS</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ**

**3ª Vara Cível DA COMARCA DE TERESINA**

**Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830**

---

**PROCESSO Nº: 0807696-83.2019.8.18.0140**  
**CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**  
**ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]**  
**AUTOR: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA**

**REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

## **AVISO DE CITAÇÃO**

**(Conforme Provimento 20/2014 da CGJ/PI)**

**QUALIFICAÇÃO DA PARTE: [REQUERIDA] SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, Pessoa Jurídica de Direito Privado, CNPJ. 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, 75, 5º andar, Centro Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205.**

**FINALIDADE: CITAÇÃO da parte acima qualificada para, no prazo de 15 (quinze) dias, contestar a presente ação. A ausência de contestação implicará no decreto da revelia e na presunção de veracidade dos fatos elencados na petição inicial (Art. 344 do CPC).**

**ANEXOS: Cópia do despacho e da petição inicial.**

TERESINA-PI, 11 de maio de 2020.

**IAN SILVA MOTA**

**Secretaria da 3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**3ª Vara Cível da Comarca de Teresina DA COMARCA DE TERESINA**  
Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

**PROCESSO Nº: 0807696-83.2019.8.18.0140**  
**CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**  
**ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]**  
**AUTOR: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA**

**RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

**DESPACHO**

Vistos, etc.

**DEFIRO** a gratuidade da justiça.

Em observação ao convênio nº 69/2015 celebrado entre a parte requerida e o Tribunal de Justiça do Estado do Piauí, **DEIXO DE DESIGNAR** audiência de conciliação.

**CITE-SE** a parte requerida para apresentar sua contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de aplicação dos efeitos da revelia.

Em seguida **INTIME-SE** a parte requerente para apresentar sua réplica no prazo legal.

Após, façam-me conclusos.

Int. Cumpra-se.

Teresina-PI, 06 de Maio de 2019.

**TEÓFILO RODRIGUES FERREIRA**

Juiz de Direito titular da 3ª Vara Cível





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ  
GABINETE DA 3ª Vara Cível da Comarca de Teresina DA COMARCA DE TERESINA  
Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

**PROCESSO Nº: 0807696-83.2019.8.18.0140**  
**CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**  
**ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]**  
**AUTOR: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA**

**RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

#### **Certidão de Triagem**

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei a regularidade da representação e do PEDIDO DOS BENEFÍCIOS DA GRATUIDADE JUDICIAL das custas iniciais do processo, motivo pelo qual faço sua conclusão para despacho inicial.

TERESINA-PI, 18 de abril de 2019.

**BEL. JOAO BATISTA DE MORAIS**  
**Secretaria da 3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**



PETIÇÃO EM ANEXO





ALEXANDRE RAMON  
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

**MM. JUÍZO DA VARA \_ DA COMARCA CIVEL DE TERESINA - PI**

**NÁDIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA**, brasileira, doméstica, RG. nº 5019233-7 -SSP/PI, CPF. 021.405.993-65, sem endereço eletrônico, residente e domiciliado na Rua Santa Vitória, Nº 6688, Bairro Alto da Ressurreição, Teresina -PI, CEP 64090-190 por seu advogado constituído nos termos do incluso instrumento de mandato (doc. 01) e ao final assinado, com escritório profissional na Rua Eliseu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI, CEP: 64000-120, vem respeitosamente à honrosa presença de Vossa Excelência, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE SEGURO DPVAT**

em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, CNPJ. 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, 75, 5º andar, Centro Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que abaixo expõe:

Rua Eliseu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120  
telefones: (86) 32226716/994523253/981518752/988065701/999365517  
E-mail: [ramonadv@bol.com.br](mailto:ramonadv@bol.com.br) / [www.alexandreramon.jur.adv.br](http://www.alexandreramon.jur.adv.br)



## **1 – PRELIMINARMENTE**

### **1.1 - Benefícios da justiça gratuita (CPC, art. 98, caput)**

A parte requerente é doméstica, é pobre e não tem condições de arcar com as despesas do processo, uma vez que são insuficientes seus recursos financeiros para pagar todas as despesas processuais, conforme declaração em anexo.

Destarte, o Demandante ora formula pleito de gratuidade da justiça, o que faz por seu patrono, sob a égide do art. 99, § 4º c/c 105, in fine, ambos do CPC.

### **1.2 - Quanto à audiência de conciliação (CPC, art. 319, inc. VII)**

A parte Requerente opta pela **não** realização de audiência conciliatória (CPC, art. 319, inc. VII), razão qual requer de imediato a designação de perícia médica a fim de se provar a quantificação das lesões do requerente.

## **2 – DOS FATOS**

No dia 01 de maio de 2018, por volta das 21:00 horas, a requerente estava trafegando em uma motocicleta YAMAHA/FACTOR YBR125 k, COR PRETA, PLACA: NIB-5269, de propriedade de MARCONE SERGIO DE SOUSA SANTOS, pelo bairro Alto da Ressurreição indo em direção a sua residência localizada na rua Santa Vitória, bairro Alto da Ressurreição, ocasião em que a mesma foi atingida por um automóvel que se evadiu do local sem prestar socorro a requerente, fato este que fez a requerente cair se lesionando com a motocicleta, sendo socorrida por Marcone Sérgio de Sousa Santos e foi levado para a UPA- RENASCENCA em Teresina- PI e depois foi encaminhado para o HUT em Teresina-PI

---

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120  
telefones: (86) 32226716/994523253/981518752/988065701/999365517  
E-mail: [ramonadv@bol.com.br](mailto:ramonadv@bol.com.br) / [www.alexandreronam.jur.adv.br](http://www.alexandreronam.jur.adv.br)



Em decorrência do mencionado acidente, teve vários traumas físicos que são facilmente comprovados pelos documentos acostados aos autos (LAUDO DO HUT), estando permanentemente inválida.

A requerente optou pela via administrativa e pleiteou o pagamento do seguro pela seguradora requerida, mas esta somente pagou o valor R\$ 1.687,50 (um mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), em desconformidade com a legislação vigente, uma vez que laudo atesta que houve sequela permanente em membro inferior direito, razão pela qual vem a este juízo pleitear a complementação dos valores que lhe são devidos.

Não se justifica o pagamento a menor, haja vista que o Laudo atesta:

- a) Fratura alinhada no maléolo medial da tíbia.
- b) Aumento de volume de partes moles.

Assim, estando o requerente inválido com perda completa da função do membro inferior direito, a complementação do seguro é medida que se impõe.

### **3 – DO DIREITO**

#### **3.1 – Da Legislação**

Na legislação, temos os seguintes artigos que amparam o direito do Requerente:

*"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:"*

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120  
telefones: (86) 32226716/994523253/981518752/988065701/999365517  
E-mail: [ramonadv@bol.com.br](mailto:ramonadv@bol.com.br) / [www.alexandreronamom.jur.adv.br](http://www.alexandreronamom.jur.adv.br)





**ALEXANDRE RAMON**  
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

*I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;*

*II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e*

*III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.*

**Art. 5º, da lei 6.194/74:**

*"O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia da responsabilidade do segurado.*

*§ 1º A indenização referida nesse artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de quinze dias da entrega dos seguintes documentos:*

*b. prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.*

*§ 2º Os documentos referidos no § 1º serão entregues à sociedade seguradora, mediante recibo, que os especificará".*

**Na jurisprudência, o sentido não é diferente:**

*"Acidente de trânsito - DPVAT - Veículo não identificado - Responsabilidade Ação de cobrança - Seguro obrigatório - DPVAT - Pagamento do prêmio - Comprovação - Desnecessidade - Documentos necessários - Seguro obrigatório. Veículo não identificado. Acidente anterior à modificação da Lei nº 6.194/74 pela Lei nº*



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina - PI - CEP 64000-120

telefones: (86) 32226716/994523253/981518752/988065701/999365517

E-mail: [ramonadv@bol.com.br](mailto:ramonadv@bol.com.br) / [www.alexandreramon.jur.adv.br](http://www.alexandreramon.jur.adv.br)





ALEXANDRE RAMON  
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

*8.441/92. Responsabilidade de qualquer seguradora - Fixação em salário mínimo - Possibilidade - Não revogação do art 3º da Lei nº 6.194/74, recepcionada pela Carta da República - Sentença que condena seguradora a pagar a indenização - Validade - Cobrança procedente - Recurso não provido. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização em virtude do seguro obrigatório, pouco importando que o veículo esteja a descoberto, eis que a responsabilidade em tal caso decorre do próprio sistema legal de proteção, ainda que esteja o veículo identificado tanto que a lei comanda que a seguradora que comprovar o pagamento da indenização pode haver do responsável o que efetivamente pagou. Norma que visa proteger o segurado ou beneficiário hipossuficiente na relação contratual, o valor devido é aquele previsto no art. 3º, da Lei nº 6.194/74, que não foi revogada pela Lei nº 6.205/75 e Lei nº 6.243/77, sendo a lei ordinária primitiva recepcionada pela Constituição Federal de 1988. A fixação da indenização em salários mínimos não constitui violação à norma constitucional, haja vista que não pode ser interpretado como fator de correção e sim base do quantum a ser indenizado. A indenização devida à pessoa vitimada decorrente do chamado Seguro Obrigatório de Danos Pessoais por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), se não identificado o veículo pode ser cobrado de qualquer seguradora que opere no complexo, mesmo tendo ocorrido a modificação da Lei nº 6.194/74 pela Lei nº 8.441/92 e antes da formação do consórcio de seguradoras". (1ª Turma Recursal de Divinópolis - Rec. nº 223.04.140706-3 - Juiz José Maria dos Reis)."*

Assim, em face o valor irrisório pago pela seguradora requerida, é que se requer a complementação do valor devido por ser medida de Justiça.

#### **4 – DO PEDIDO**



---

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120  
telefones: (86) 32226716/994523253/981518752/988065701/999365517  
E-mail: [ramonadv@bol.com.br](mailto:ramonadv@bol.com.br) / [www.alexandreramon.jur.adv.br](http://www.alexandreramon.jur.adv.br)



Por todo o exposto, tendo o Requerente demonstrado o dano, tem seu direito respaldado na legislação vigente, bem como na doutrina e na jurisprudência de nossos Egrégios Tribunais.

Assim, requer **a citação da Requerida** na pessoa do seu representante legal, no endereço declinado na inicial, para que se quiser, apresente defesa, sob pena de revelia.

A parte Requerente opta pela não realização de audiência conciliatória (CPC, art. 319, inc. VII), razão qual requer de imediato a designação de perícia médica a fim de se provar a quantificação das lesões do requerente.

Requer que a presente demanda seja julgada **PROCEDENTE**, com a condenação da Requerida no pagamento da complementação do valor devido, ou seja, R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos), atualizadas, com juros legais, mais custas judiciais e honorários de advogado na base de 20% sobre a condenação.

Requer provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidas, especialmente pelo depoimento pessoal do Requerido, juntada de documentos, oitiva de testemunhas, realização de perícia e demais provas necessárias.

Requer os benefícios da justiça gratuita, por ser o requerente pobre na forma da Lei e não ter condições de arcar com as custas e demais despesas processuais.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

---

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120  
telefones: (86) 32226716/994523253/981518752/988065701/999365517  
E-mail: [ramonadv@bol.com.br](mailto:ramonadv@bol.com.br) / [www.alexandreronam.jur.adv.br](http://www.alexandreronam.jur.adv.br)



Teresina, 02 de abril de 2019.

**Alexandre Ramon de Freitas Melo**

**OAB/PI 5.795**

**Pedro Henrique Campelo da Costa**

**Estagiário**



---

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120

telefones: (86) 32226716/994523253/981518752/988065701/999365517

E-mail: [ramonadv@bol.com.br](mailto:ramonadv@bol.com.br) / [www.alexandreramon.jur.adv.br](http://www.alexandreramon.jur.adv.br)



**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"**

<b>OUTORGANTE:</b> <u>NÁDIA MARIA DE ARAÚJO DA SILVA</u>	
<b>NACIONALIDADE:</b> <u>BRASILEIRA.</u>	<b>ESTADO CIVIL:</b> <u>SOLTEIRA</u>
<b>PROFISSÃO:</b> <u>DOMESTICA.</u>	<b>RG:</b> <u>5019233-7.</u>
<b>CPF:</b> <u>021.405.993-65.</u>	<b>ENDEREÇO:</b> <u>RUA SANTA</u>
<u>VIKTÓRIA. 6688, ALTO DA RESSURREIÇÃO,</u>	
<u>TERESINA PIAUÍ.</u>	

**OUTORGADOS:** ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/PI nº 5795, com escritório profissional situado na Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro - Teresina - PI, CEP 64.000-120.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado devidamente qualificado acima, com a cláusula "**AD JUDICIA ET EXTRA**", para, agindo, representá-lo (a) perante repartições públicas e qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado, a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-la nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe também, poderes especiais para confessar, transigir, variar, desistir, **fazer acordos**, receber e dar quitações, requerer o que convier, firmar compromissos, assinar termos, receber citações, notificações, intimações e alvará judicial, representar o (a) outorgante em audiências, perante os juízos deprecante e deprecado e em qualquer instância, podendo substabelecer o presente mandato com ou sem reservas de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do (a) outorgante e ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina, PI, 02 de março de 2019.

OUTORGANTE: Nadia Maria de Araujo da Silva



**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA**

<b>DECLARANTE:</b> <u>NÁDIA MÁXIA DE ARAÚJO DA SILVA</u>	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRA</u>
PROFISSÃO: <u>DOMESTICA</u>	RG: <u>5019233-7</u>
CPF: <u>021 405 993 65</u>	ENDEREÇO: <u>RUA SANTA</u>
<u>VITÓRIA, 6688, ALTO DA RESSURREIÇÃO,</u>	
<u>TERESINA PIAUÍ</u>	

Eu, acima qualificado, declaro para os devidos fins, que sou pobre na forma da Lei, não tendo condições de arcar com despesas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, que por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Teresina, PI, 02 de março de 2019.

Nádia Máxia de Araújo da Silva  
DECLARANTE





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190116349

Vítima: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000053723-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Lider para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01217/01218 - carimbo - INVALIDIZ



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL 5019233-7	DATA DE EXPEDIÇÃO 06/08/2004	GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS	
NOME NÁDIA MARIA DE ARAÚJO DA SILVA		Polgar Direito	
FILIAÇÃO JOÃO PEDRO DA SILVA MARIA DE FÁTIMA LEMOS DA SILVA	DATA DE NASCIMENTO 23/12/1986	Assinatura do Titular Nádia Maria de Araújo da Silva	
NATURALIDADE TERESINA - PI	CERTD NASC 111.169 FLS 356 LIV A-141 CIRC 1	CARTEIRA DE IDENTIDADE	
1 OF TERESINA - PI	1 VIA		
Hector Anacleto de Sousa Neto Diretor do Instituto de Identificação			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição  
**021.405.993-65**

Nome  
NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA

Nascimento  
23/12/1986

12329 7624

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão  
Junho 2004

**CORREIOS**  
www.correios.com.br

RECEBIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 11/02/19



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcone Sérgio de Sousa Santos,  
RG nº 2368 714, data de expedição 19/04/2002  
Órgão ssp-pi, portador do CPF nº 042 408 073 - 79, com  
domicílio na cidade de Terresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Santa Vitória, alto da Ressurreição nº 6972  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Nadia Maria de Menezes da Silva cujo o condutor era  
Nadia Maria de Menezes da Silva  
Veículo: moto  
Modelo: yamaha/factor y br 125B  
Ano: 2008-2009  
Placa: NXB-5269-pi  
Chassi: 9C6KE122090014081  
Data do Acidente: 02.05.2018  
Local e Data: Terresina 19-11-18

marcone sérgio de souza santos  
Assinatura do Declarante

MEDEIA CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 11/02/19

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



Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

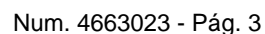
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante



RECIBIDA COMISARIA DE SEGUROS  
MAY 10 2 1996

TROCAR PERO  
 GUD - DA KUR  
 SAMA  
 VIKTORIA



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 021.405.993-65 Nome completo da vítima: NÁDIA MARIA DE ARAÚJO DA SILVA

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

Nome completo: NÁDIA MARIA DE ARAÚJO DA SILVA CPF: 021.405.993-65  
Profissão: RECUSO Endereço: RUA UXUQUAI B A Número: CASA Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: GURUPI Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64017-590  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (86) 99905-4014

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

### DADOS CADASTRAIS

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3389 CONTA: 53723  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e data, 13/02/2019 TERESINA-PI  
Nome: NÁDIA MARIA DE ARAÚJO DA SILVA  
CPF: 021.405.993-65

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Nádia Maria de Araújo da Silva  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

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

Assinatura

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

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS 001 V001/2018



NOME DO PACIENTE: Nadia Maria de Araújo da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 475389

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

*[Handwritten signature]*  
MEDIDA CURETOMA DE SEGURANÇA  
Recebido em: 14/02/19





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

NEURO - OK  
SUS SUS

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA	Prontuário:	475389
Mãe:	MARIA DE FATIMA LEMOS DA SILVA	Pai:	JOAO PEDRO DA SILVA
End.Resid.:	RUA SANTA VITORIA 6972 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	23/12/1986	Idade:	31a:5m:9d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-99400-6504
Responsável:	MARIA DE FATIMA LEMOS DA SILVA	CNS:	705400409361099
Profissão:	DOMESTICA	CPF:	- - - * RG: 50192337 - SSP PI
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Solteiro(a)
End.Local.:	- - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	662995	Data:	02/05/2018 00:59:58	Condução:	AMBULANCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid.Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Tipico:	Não
CID Secundário:	V299				

### DADOS CLÍNICOS:

Paciente encaminhada do UPA do Remanescente, para avaliação do neurocirurgião. Relata acidente automobilístico há 4h (4h). Queixa-se de cefaleia, tontura. Negativa perda de consciência.

PA	X	mmHg	Pulso:	114	bpm	Temp.:		
Diagnóstico Inicial:	Recebido em 02/05/18						CID:	

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

TC de crânio  
Alta da cirurgia geral.  
Diplopia horizontal - 2ul + 3ul e 4ul - 03/10

ALTA:	( ) Melhorado ( ) Curado ( ) Inalterado ( ) A Pedido	( ) Administrativa ( ) Por Indisciplina ( ) Por Evasão	( ) Retornar à Unid. Origem: ( ) Transferência:
DESTINO:	( ) Até 24 Hs ( ) De 24 a 48 Hs ( ) Após 48 Hs	( ) Família ( ) IML ( ) Anat. Patol.	DATA SAÍDA: / / HORA: : .
ÓBITO:			( ) Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível: Prof. Solicitante Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável: 06/35. Assinatura - Profissional - BE

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 02/05/2018 01:02:27

(YULLE)

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL****DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 475389
<b>Mãe:</b> MARIA DE FATIMA LEMOS DA SILVA		<b>Pai:</b> JOAO PEDRO DA SILVA
<b>End.Resid.:</b> RUA SANTA VITORIA 6972 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 23/12/1986	<b>Idade:</b> 31a:5m:9d	<b>Sexo:</b> Feminino <b>Fone:</b> 86-99400-6504
<b>Responsável:</b> MARIA DE FATIMA LEMOS		<b>CNS:</b> 705400409361099
<b>Profissão:</b> DOMESTICA		<b>Documento:</b> CPF: . . .
<b>G. Instrução:</b> Não informado		<b>E.Civil:</b> Solteiro(a)
<b>End.Local.:</b> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 662995	<b>Data:</b> 02/05/2018 00:59:58	<b>Clas. Cor:</b> Indefinido
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> S U S

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

<b>Data/Hora Solicitação:</b> __/__/__ :__	<b>ESPECIALISTA:</b>
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b>	
<i>Neuromiologia 1: 2h</i>	
<i>TTO com o membro lto</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

<b>DADOS DO PARECER:</b> <b>Data/Hora:</b> __/__/__ :__	<i>Neuromiologia</i>
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

<b>Data/Hora Solicitação:</b> __/__/__ :__	<b>ESPECIALISTA:</b>
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

<b>DADOS DO PARECER:</b> <b>Data/Hora:</b> __/__/__ :__	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	





Fundação Municipal de Saúde

**SUS**

17 577 205/ 0015 – 32  
UPA RENASCENÇA  
Rua Rio Verde Nº 2810  
Renascença III –  
CEP 64082-110  
Teresina-PI



**SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

De: UPA RENASCENÇA III	Para: HUT
NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA, 31 ANOS.	Registro:
<b>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO</b>	
<p>Paciente vítima de acidente motociclístico (motoXcarro) há poucos minutos. Relata ingestão de bebida alcoólica. Nega uso de capacete. Nega perda de consciência ou vômitos. Queixa de cefaléia, tontura e visão turva. Queixa de dor em pé direito. Nega cervicalgia.</p> <p>Nega comorbidades. Desconhece alergia medicamentosa. Ao exame: Regular EG, consciente, deorientada, eupneica, normocorada, hidratada. Glasgow 14, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits. Escoriações em face com hematoma subgaleal frontal D. AC: rr2t, bnf, ss. AP: mv + aht, s/ ra. Abdome flácido, depressível, sem sinais de peritonite. Extremidades: escoriações, edema em pé direito.</p> <p>Já avaliada pela ortopedia (fratura maléolo medial), sem indicação cirúrgica, já imobilizada.</p> <p><b>NECESSITA TC DE CRÂNIO / AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA.</b></p>	
HD: POLITRAUMA COM TCE CID: S068	<p><i>Dr. Tadeu S. F. Souza</i> Médico CRM-PI 005111</p>
TERESINA-PI 01/05/18, 23:00h.	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

**FICHA DE RETORNO**

De:	Para:
<b>DIAGNÓSTICO</b>	
TERESINA-PI	<p><i>Dr. Tadeu S. F. Souza</i> Médico CRM-PI 005111</p> <p>CONF. COM O ORIGINAL</p>
	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo





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

OBS

ORTO  
BUCO  
NEURO  
Lggt



Imp: 05/05/2018 00:54:27

(User: MARCELO RICARDO)

(Estação: RECEPCAO/PA)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA	Prontuário:	475389
Mãe:	MARIA DE FATIMA LEMOS DA SILVA	Pai:	JOAO PEDRO DA SILVA
End.Resid.:	RUA SANTA VITORIA 6972 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	23/12/1986	Idade:	31a:5m:12d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-99400-6504
Responsável:	MARIA DE FATIMA LEMOS DA SILVA	CNS:	705400409361099
Profissão:	DOMESTICA	CPF:	. . - * RG: 50192337 - SSP PI
G. Instrução:	Médio Completo	E.Civil:	Solteiro(a)
End.Local.:	- - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	663505	Data:	05/05/2018 00:53:08	Condução:	AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid.Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Típico:	Não
CID Secundário:	V299				

### DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico dia 04/05/18. Retornou  
quixando-se de sistema muscular parietal, coluna e dor um MME  
(b). Encontra-se estável, sem alterações pulmonares com alterações,  
pulso tibial posterior e pedaleio presente, pupilas isocóricas e re-  
spondentes.

PA X mmHg

Pulso:

FC:

bpm

Temp.:

Diagnóstico Inicial:

05/05/18  
01:24

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

TC de crânio, RX de punho D, RX de punho D, TC de crânio

### ALTA:

- ( ) Melhorado ( ) Administrativa  
( ) Curado ( ) Por Indisciplina  
( ) Inalterado ( ) Por Evasão  
( ) A Pedido

( ) Retornar à Unid. Origem: \_\_\_\_\_  
( ) Transferência: \_\_\_\_\_

DATA SAÍDA: / / HORA: : .

### ÓBITO:

- ( ) Até 24 Hs ( ) Família  
( ) De 24 a 48 Hs ( ) IML  
( ) Após 48 Hs ( ) Anat. Patol.

### DESTINO:

( ) Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante  
Internação:

Tiago Macêdo  
MÉDICO  
CRM-PI: 6683

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura - Profissional - BE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 90277 AIH: 2218100251433
--	---------------------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		CNES
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		
PRONTO SOCORRO DIRCEU ARCOVERDE II		2323443
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CNES
PRONTO SOCORRO DIRCEU ARCOVERDE II		2323443

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE			
200493278570005	NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA	23/12/1986	F	73793
DOCUMENTO RG	TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL
50192337	86995246937	MARIA DE FATIMA LEMOS DA SILVA		MARCONE SERGIO DE SOUSA SANTOS
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				13
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
GURUPI		221100 TERESINA	PI	

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 2 DIAS, COM MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES FERIDA INFECTADA EM MID E HEMATOMA PERIORBITARIO BILATERAL HÁ 12 HORAS.

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
 AS ACIMA

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

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
L031 - CELULITE DE OUTRAS PARTES DO(S) MEMBRO(S)		

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
 0303080060 - TRATAMENTO DE ESTAFILOCOCCIAS

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARÁTER	BRUNO DOMINICI MARINHO
URGÊNCIA	CPF: 99477394149 CRM:
SOLICITAÇÃO	
2018-05-03	
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA
03/05/2018 18:00	05/05/2018 00:00
MOTIVO ALTA	
TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)						
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR
NATUREZA DA LESÃO						

**AUTORIZAÇÃO**

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
AARAO CRUZ MENDES	
CPF 13178547304 CRM	DATA ANALISE 03/05/2018 22:55:45 CPF CRM DATA ANALISE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/  
AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR



54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)

05/06/18

ASSINADO

060277

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: M.S. HOSPITAL ALBERTO NETO (IDRCE)

2. CNES: 0333443

3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: 0333443

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE: MARIA DE AMARAL M SILVA

6. Nº PRONTUÁRIO: 33793

7. CARTÃO NACIONAL SUS: 0004193273700013

8. DATA NASCIMENTO: 23/12/86

9. SEXO: M/F: ☒ M ☐ F

DOCUMENTOS: RG ☒ CPF ☐

10.1 NOME DA MÃE: MARIA DE FÁTIMA LIMA DA SILVA

10.2 NOME DO RESPONSÁVEL: MARIA ZANGA DE SOUZA SANTOS

12.1 ENDEREÇO: Rua Santa Vitória

12.2 BAIRRO: Vila da Paz

12.3 COMPLEMENTO: 6913

13. MUNICIPAL: 4106501

14. IBGE: 14.080

15. UF: RJ

16. CEP: 24040430

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente vítima de acidente automobilístico em 2 dias, com hemiparesia esquerda, ferimento no membro superior direito, com hemiparesia esquerda.

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO: AS ACIMA.

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS): Exame físico.

20. DIAGNÓSTICO INICIAL: 21. CID 10 PRINCIPAL: 703.1 22. CID 10 SECUNDÁRIO: 23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: 24. CID 10 SECUNDÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: 1. Internação Hospitalar

25. COD. DO PROCEDIMENTO: 0305080060

26. LETO/CLÍNICA: 27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Bruno Domingos Martins

28. DT SOLICITAÇÃO: 03/05/18

30. CNES/CPF: 30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO): 30.05080060

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 33. CNPJ DA SEGURADORA 34. Nº DO BILHETE 35. SÉRIE

36. ( ) ACID TRABALHO TÍPICO 37. CNPJ EMPRESA 38. CNPJ EMPRESA 39. CNAE EMPRESA 40. CBOR

41. CID 10 PRINCIPAL 42. CID 10 SECUNDÁRIO 43. ( ) LEVE 44. ( ) GRAVE 45. ( ) GRAVÍSSIMA

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47. DT. AUT. 48. CNES/CPF 49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO) 50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / AUDITORIA 51. DT. AUT. 52. CNES/CPF

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Alexandre Ramon de Freitas Mele

47. DT. AUT. 48. CNES/CPF 49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO) 50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / AUDITORIA 51. DT. AUT. 52. CNES/CPF



# FICHA DE ADMISSÃO

To. 03/05/18

CNPJ: ASSIMATURO

Clinica: 118

Nome: RODRIGO MARQUES DE AMARAL SILVA

Data de Nascimento: 03/12/1966

Sexo: ☐ M ☒ F ☐ I

Cor:

Profissão:

Internou-se neste Hospital: Sim ☐ Não ☐

RG: 5019233-7

CPF:

Naturalidade: Teresina

Estado: PE

Idem noutros Hospitais: Sim ☐ Não ☐

Residência (rua, av, etc.): Rua Santa Vitória, 6978

Complemento:

Bairro: Alto da Ressurreição

CEP:

Médico assistente:

Mão:

Pal:

Maria de Fátima Leves da Silva

João Pedro da Silva

Endereço Hospital:

CEP:

História Clínica: (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetidos).

Paciente vítima de acidente automobilístico em 2 dias, com hematomas e fraturas múltiplas em MIB e membros inferiores. Biotipo 1A 12 anos.

Bruno Domingos Marinho  
Médico  
CRM-PI: 5906

Provisório: AS ACUMULADAS DIAGNÓSTICO

Principal: CECURITE MIB

CID: L03.1

Intercomência: EXAME FÍSICO

CID:

Síntomas e Sinais Principais:

Causa Mortis:

Histo. Patológico:

## TRATAMENTO

TIPO

TERAPÊUTICO MÉDICA

OPERAÇÃO

EFICÁCIA

☐ Nenhum

☐ Médico

☐ Cirúrgico

☐ Médico-Cirúrgico

Principal

Acessoria

☐ Eficaz

☐ Ineficaz

☐ Prejudicial

☐ Não Avaliado

Data da Internação: 03/05/18

Hora: 18:00

Data da Alta: 05/05/18

Hora: 00:00

Data da Hospitalização:

## DURAÇÃO

## ALTA

SAÍDA

## TRANSFERÊNCIA

## ÓBITO

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ A Pedido

☐ Internado p/ Diagnóstico

☐ Decisão Médica

☐ Por Indisc.

☐ Evasão

☐ P. Ambulatório

☐ Tisiologia

☐ Psiquiatria

☐ Outros

☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico

☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico.

☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação.

To. / /

Ass. Médico

Francisco José de Almeida

MÉDICO  
CRM-PI 5808

CRM

CPF



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Diarreia
<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Volume de líquido excessivo
<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/> Padrão de sono perturbado	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório insatisfatório
<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/> Risco para infecção	<input type="checkbox"/> Intolerância à atividade
<input type="checkbox"/> Risco de queda	<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado	<input type="checkbox"/> Risco para aspiração
<input type="checkbox"/> Déficit para auto cuidado	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada
<input type="checkbox"/> Mucosa oral prejudicada	<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada
<input type="checkbox"/> Integridade tissular prejudicada	<input type="checkbox"/> Hipotermia	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÃO	HORÁRIOS	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM						
<input type="checkbox"/> Verificar sinais vitais - SSVV	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	CONTROLE DE SINAIS VITAIS						
<input type="checkbox"/> Verificar infusão venosa	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	Hora	T	P	R	PA	Glic.	Diurese
<input type="checkbox"/> Realizar higiene oral	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	06						
<input type="checkbox"/> Realizar/Supervisionar banho	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N							
<input type="checkbox"/> Realizar higiene íntima	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	12						
<input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito em intervalos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N							
<input type="checkbox"/> Estimular deambulação	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	18	36,8			110/80		
<input type="checkbox"/> Estimular hidratação oral	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N							
<input type="checkbox"/> Realizar aspiração orotraqueal	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	24						
<input type="checkbox"/> Orientar jejum a partir de	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N							
<input type="checkbox"/> Realizar curativo em	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N							
<input type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N							
<input type="checkbox"/> Realizar glicemia capilar	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N							
<input type="checkbox"/> Realizar nebulização	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N							
<input type="checkbox"/> Manter cabeceira elevada	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N							
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N							



Unidade de Saúde Alberto Neto - P. S. Dirceu II  
Quadra 250, Casa 50, Conjunto Dirceu Arcoverde II  
Teresina-PI. CEP 64078-250.



86 3236-1312



u.s.albertonetodirceu2@hotmail.com



DATA 03/05/18	NOME COMPLETO Nádya mo de Araújo da Silva	ENFERMARIADO ENFERMARIADO
HORARIO 18:00	DIAGNOSTICO MEDICO Acidente automobilístico	ALERGIAS 05/06/18
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
<p>01 <input checked="" type="checkbox"/> Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso/Glasgow:</p> <p>02 ( ) Deambula ( ) Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio, Motivo: <u>cadeira de rodas devido ao acidente</u></p> <p>03 <input checked="" type="checkbox"/> Fásico ( ) Afásico ( ) Disfásico</p> <p>04 <input checked="" type="checkbox"/> Sono e repouso satisfatório ( ) Sono e repouso insatisfatório, Motivo:</p> <p>05 <input checked="" type="checkbox"/> Normocorado ( ) Hipocorado ( ) Lictérico ( ) Pele íntegra ( ) Lesão:</p> <p>06 Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Cobertura: <u>EFQ 9%</u></p> <p>07 <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico ( ) Dispneico ( ) Ortópneico ( ) Traqueostomia ( ) Aporte de O<sub>2</sub> por:</p> <p>08 <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico</p> <p>09 <input checked="" type="checkbox"/> Aceita dieta ofertada ( ) Inapetência ( ) Hematêmese ( ) Dieta zero ( ) SNG ( ) Aberta débito: ( ) SNE</p> <p>10 <input checked="" type="checkbox"/> Diurese fisiológica ( ) Distúria ( ) Anúria ( ) Poliúria ( ) Oligúria ( ) Diurese concentrada ( ) Hematúria ( ) SVD ml:</p> <p>11 ( ) Evacuações fisiológicas ( ) Constipado há dias ( ) Diarreia ( ) Melena ( ) Outras alterações:</p> <p>12 Hidratação venosa em: ( ) MSD ( ) MSE ( ) AVC ( ) Jugular ( ) Outros:</p> <p>13 SSVV: TAX: P.A.: / mmHg FC: FR: Sat O<sub>2</sub>%:</p> <p>14 <input checked="" type="checkbox"/> Edema localização: <u>Periorbitária + edema mLE</u> ( ) Anarca</p> <p>15 Abdome: ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Escavado ( ) Flácido ( ) Rígido ( ) Outro:</p> <p>16 Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim, Localização: ( ) Não</p> <p>Demais anotações: <u>Pte. relatada acidente automobilístico há 02 dias ocasionando fratura aberta em mLE. Apresenta escoriações ao longo dos mmII e edema periorbitário. Descende alergias e comorbidades</u></p>		
		Enfermeiro (a) <u>Emmanuel S. Silva Gusmão</u> Enfermeiro CRP 133.236-15

**ENF**  
 ENDERGO MUNICIPAL  
 U. S. ALBERTO NETO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAUDE ALBERTO NETO  
 PLANO DE CUIDADO INTERMUNICIPAL DO DIRETOR II  
 SISTEMATIZAÇÃO DA ATENDÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

**Prefeitura de Teresina**

05/06/18

( ) Dor crônica	(X) Risco para infecção	( ) Diarreia
( ) Risco de queda	(X) Conforto prejudicado	( ) Volume de líquido excessivo
( ) Déficit para auto cuidado	( ) Constipação	( ) Padrão respiratório insatisfatório
( ) Mucosa oral prejudicada	( ) Hipertermia	( ) Comunicação verbal prejudicada
( ) Integridade tissular prejudicada	( ) Hipotermia	(X) Mobilidade física prejudicada

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

INTERVENÇÃO	HORÁRIOS	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
(X) Verificar sinais vitais - SSVV	(X) M (X) T (X) N	CONTROLE DE SINAIS VITAIS
(X) Verificar infusão venosa	(X) M ( ) T ( ) N	
( ) Realizar higiene oral	( ) M ( ) T ( ) N	
( ) Realizar/Supervisionar banho	( ) M ( ) T ( ) N	
( ) Realizar higiene íntima	( ) M ( ) T ( ) N	
( ) Realizar mudança de decúbito em intervalos	( ) M ( ) T ( ) N	
( ) Estimular deambulação	( ) M ( ) T ( ) N	
( ) Estimular hidratação oral	( ) M ( ) T ( ) N	
( ) Realizar aspiração orotraqueal	( ) M ( ) T ( ) N	
( ) Orientar jejum a partir de	( ) M ( ) T ( ) N	
( ) Realizar curativo em	( ) M ( ) T ( ) N	
(X) Administrar medicação conforme prescrição	(X) M (X) T (X) N	
( ) Realizar glicemia capilar	( ) M ( ) T ( ) N	
( ) Realizar nebulização	( ) M ( ) T ( ) N	
( ) Manter cabeceira elevada	( ) M ( ) T ( ) N	



Unidade de Saúde Alberto Neto - P. S. Direcu II  
 Quadra 250, Casa 50, Conjunto Direcu Arcoverde II  
 Teresina-PI, CEP 64078-250.



86 3236-1312



u.s.albertonetodirecu2@hotmail.com



DATA  
04/05/18  
HORÁRIO  
10:20

Nadia Maria de Araújo  
NOME COMPLETO  
DIAGNÓSTICO MÉDICO

ENFERMARIA/LEITO  
05/03  
ALERGIAS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

01	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Torporoso/Glasgow: 15
02	<input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio, Motivo:
03	<input checked="" type="checkbox"/> Fásico <input type="checkbox"/> Afásico <input type="checkbox"/> Disfásico
04	<input checked="" type="checkbox"/> Sono e repouso satisfatório <input type="checkbox"/> Sono e repouso insatisfatório, Motivo:
05	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorado <input type="checkbox"/> Hipocorado <input type="checkbox"/> Lictérico <input type="checkbox"/> Pele íntegra <input checked="" type="checkbox"/> Lesão: MID
06	Curativo: <input type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Compressivo <input type="checkbox"/> Cobertura: Aspecto da ferida:
07	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ortopneico <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aporte de O <sub>2</sub> por:
08	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico
09	<input checked="" type="checkbox"/> Accita dieta ofertada <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Dieta zero <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Aberta débito: <input type="checkbox"/> SNE
10	<input checked="" type="checkbox"/> Diurese fisiológica <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Diurese concentrada <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> SVD ml:
11	<input checked="" type="checkbox"/> Evacuações fisiológicas <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Outras alterações:
12	Hidratação venosa em: <input checked="" type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Jugular <input type="checkbox"/> Outros:
13	SSVV: TAX: P.A.: / mmHg FC: 72 FR: Sat O <sub>2</sub> %: 97%
14	<input checked="" type="checkbox"/> Edema localização: PERIOBITARNO + M.D.
15	Abdome: <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Escavado <input checked="" type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Rígido <input type="checkbox"/> Outro:
16	Dor: <input type="checkbox"/> Sim, Localização: <input checked="" type="checkbox"/> Não
Demais anotações: Mantem ATB, Aguarda realizar TC crânio, Aguarda central de regulação liberar transferência para enfermeiro do Hospital no HT.	

Enfermeiro (a)



ENFERMARIA 085 LEITO 03 UNIDADE DE SAÚDE

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

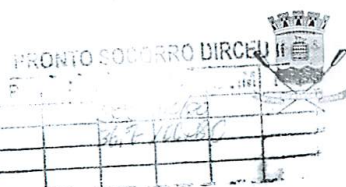
05/06/18

PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
NOME:	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
<p>03/05/18</p> <p># FARMACIA VINDA DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO</p> <p>HA 2 DIAS, EVOLUÇÃO COM HEMODINAMIA</p> <p>E CIRCULATÓRIA EM M.D. + TRATAMENTO ALIMENTAR</p> <p>1) DIETA LÍQUIDA 8/24h</p> <p>2) SFO, 5% 1500ml 10 8/24h</p> <p>3) OXALINA 500mg 1g 10 6/6h</p> <p>4) DIAPYRONE 100mg + 100ml 8/6h</p> <p>5) DIAPYRONE 100mg + 100ml 8/6h</p> <p>6) SSVV + CECG (HORA E NUMERO) 8/6h</p>	<p>1) 8/24h</p> <p>2) 8/24h</p> <p>3) 8/24h</p> <p>4) 8/24h</p> <p>5) 8/24h</p> <p>6) 8/24h</p>	<p>1) 8/24h</p> <p>2) 8/24h</p> <p>3) 8/24h</p> <p>4) 8/24h</p> <p>5) 8/24h</p> <p>6) 8/24h</p>	

Bruno Domingos Marinho  
Médico  
CRM-F: 5906

R.M.T.  
U.S. DIRCEU ARCOVERDE II  
CNPJ: 14.067.242/0004-00  
END: CD 240 - C/17 - DIRCEU II  
CONFERE O

05/06/18  
DATA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA

035

LEITO

01

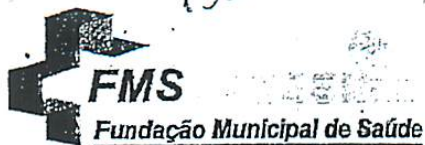
UNIDADE DE SAÚDE

NOME: Nádya Maria de Araújo da Silva		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
DATA: 04/05/18	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
<p># Análise antropométrica há 3 dias +</p> <p>TCE de 15. Glicemia 15 pontos com alterações. Sem hipotensão focal. Hematúria bimanual bilateral. Escaneamento em MID. PT refusa medicação prescrita na HUT, tratado com analgésicos e Tda, retinida pelo preparo presente.</p> <p>cd.</p> <p>1 Dito. lme</p> <p>2 Oxacilina 500mg - 2 f + 1000 SPO, 2% EX. 6/6h</p> <p>3 Dipirone 200 + AD EX. 6/6h</p> <p>4 Voltaren 75mg IM 12/12h.</p> <p>5 SSVV + CC66.</p> <p>6 Jalco salmoxato</p> <p>cd. 1 TC de crânio</p> <p>do crânio e o osteodensito</p>		<p>05/05/18</p> <p>00:00 -</p> <p>06</p> <p>06</p> <p>06</p> <p>06</p>	



obs/04

150



SUS

**TERESINA**  
CIDADE-FUTURO

## SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

## FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade <u>Dracon II</u>	Para Unidade <u>ORTOPEDIA</u>
Paciente <u>Nelson Mano Araujo Silva</u>	Registro
04/05/18 <b>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO</b> Paciente vítima de acidente de moto há 3 dias, Glasgow 15, Pupílos normais, sem déficit focal; presença de hemiparesia <u>permanente</u> . Refere ter sido diagnosticado com fratura no MTD no HVI e tratado com "tala"; entretanto a própria paciente retirou a tala. Apoiada, escovada e sedada no MTD. Início de AINE + Oxocilina. HD. Fratura no MTD.	
Data <u>04/05/18</u>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo 

- Glasgow 15
- Exame em ar Ambulante
- PA: 110/80

## FICHA DE RETORNO

 - S.O. 97  
 - FC: 72

Da Unidade	Para:
DIAGNÓSTICO	
Data	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo 

## OBSERVAÇÃO:

1. Deverá ser preenchido em duas vias;
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à Unidade de origem.





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004052/2018-50

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 23/11/2018 - 16:22

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

IGNORADO, Nº:

Complemento

Data/Hora

01/05/2010 - 21:00

Bairro

ALTO DA RESSURREIÇÃO

Ponto de Referência

MOTOTAXI REKENTE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: NÁDIA MARIA DE ARAÚJO DA SILVA (31 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 50192337 SSP PI

Mãe: MARIA DE FÁTIMA LEMOS DA SILVA

Endereço: RUA SANTA VITÓRIA, Nº 6688

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO YAMAHA/FACTOR YBR125 K, COR PRETA, PLACA NIB-5269-PI, DE PROPRIEDADE DE MARCONE SERGIO DE SOUSA SANTOS, QUANDO FOI ATINGIDA POR UM AUTOMÓVEL QUE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA, SENDO ESTA SOCORRIDA POR MARCONE SÉRGIO DE SOUSA SANTOS, RG: 2368714 SSP-PI, RESIDENTE NA RUA SANTA VITÓRIA, 6972, ALTO DA RESSURREIÇÃO, E LEVADA PARA A UPA-RENASCENÇA (PRONTUÁRIO 2453), SENDO TRANSFERIDA PARA O HUT (PRONTUÁRIO 475389). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

*Francileude Lima Cordeiro*  
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629  
AGENTE DE POLÍCIA

*Nádia Maria de Araújo da Silva*  
NÁDIA MARIA DE ARAÚJO DA SILVA (31 ANOS) - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DOCUMENTO ORIGINAL  
MEDIDA CORRETORA DE SEGURANÇA  
Recebido em: 11/02/19



AVERBAÇÃO B.O. 100203.004052/2018-50

A Sra. Nádia Maria de Araújo da Silva, compareceu a esta Especializada para informar que o seu acidente ocorreu no dia 01/05/2018, conforme entrada na UPA. (pront. 2453).  
Declarações da mesma.

Teresina, 24/01/2018

Nádia Maria de Araújo da Silva

Nádia Maria de Araújo da Silva

Averbante

Claudio C. de Sousa

Claudio C. de Sousa

Ag. de policia

108516-6



DOCUMENTO ORIGINAL

Medida Corretora de Seguros

Recebido em: 11/02/19



**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA**

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074

TERESINA-PI CEP 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

**UPA**  
24h**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

Imp: 01/05/2018 22:07:53

(User: THALYSSON)

(Estação: UPA-FHT-CONSULO)

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 2453
<b>Mãe:</b> MARIA DE FATIMA LEMOS DA SILVA		<b>Pai:</b> JOAO PEDRO DA SILVA
<b>End.Resid.:</b> RUA SANTA VITORIA, 6688 - - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI - CEP: -		
<b>Nascimento:</b> 23/12/1986	<b>Idade:</b> 31a:5m:8d	<b>Sexo:</b> Feminino <b>Fone:</b> 86-98134-0614
<b>Responsável:</b> O MESMO		<b>CNS:</b> 200493278570005
<b>Profissão:</b> DOMESTICA		<b>Documento:</b> RG: 50192337 - SSP/PI
<b>G. Instrução:</b> Médio Completo		<b>E.Civil:</b> Casado(a)
<b>End.Local.:</b> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 267039	<b>Entrada:</b> 01/05/2018 21:40:42	<b>Convênio:</b> S U S
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresent:</b>	<b>Área Incidência:</b>	<b>Classificação:</b>	<b>Cor:</b>
Intercorrência por Trauma	Múltiplo	Mecanismo de trauma grave* (tabela abaixo)	Laranja
<b>Breve História Clas. Risco:</b> Paciente com sinais de ingestão alcoólica, com escoriações pelo corpo e edema em região da face, ocasionado por queda de motocicleta há 30min. refere dor local intensa. Nega comorbidades e alergias. P.A: 90 x 60 F.C: 61			<b>PABLO HENRIQUE SILVA MALTA</b> COREN 196417 Em: 01/05/2018 21:51:19

Ass.Profissional Clas. Risco:

<b>SSVV:</b> (Hora: ____:____)			
<b>Peso:</b> 0,00 Kg	<b>Altura:</b> 0,00 M	<b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2	<b>Pulso:</b> 0 bpm <b>Pressão:</b> 0 mmHg

**DADOS CLÍNICOS:**

Paciente vítima de acidente motociclistico (motoXcarro) há poucos minutos. Relata ingestão de bebida alcoólica. Nega uso de capacete. Nega perda de consciência ou vômitos. Queixa de cefaléia, tontura e visão turva. Queixa de dor em pé direito. Nega cervicalgia.

Nega comorbidades. Desconhece alergia medicamentosa. Ao exame: Regular EG, consciente, deorientada, eupneica, normocorada, hidratada. Glasgow 14, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits. Escoriações em face com hematoma subgaleal frontal D. AC: rr2t, bnf, ss, AP: mv + ant, vs/ ra. Abdome flácido, depressível, sem sinais de peritonite. Extremidades: escoriações, edema em pé direito.

**Diagnóstico Inicial:**  
Outros traumatismos intracranianos

Renascença III - CEP 64082-110,  
Teresina - Piauí

**CID:**  
S068

**EXAMES COMPLEMENTARES:**

Rx pé e perna direito, Rx tórax

Confere C no Original

Transat  
250616

**PRESCRIÇÃO MÉDICA:**

1. Ringer Lactato 500ml EV aberto agora e ACM
2. CETOPROFENO 100MG - 01 AMP + 100 ML DE SFO, 9%, EV LENTO
3. AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
4. SOLICITO TRANSFERÊNCIA PARA HUT (TC DE CRÂNIO / AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA)

RECEITA CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 11/07/10

**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE

**DATA:** / /

**HORA:** : :

Assinatura Paciente ou Responsável

THALYSSON BRENNO FERRAZ E SOUZA  
CRM 6057/PI Em: 01/05/2018 22:07:52





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1320 Sadeção - Fone: 35 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA** (Prontuário: 475339)  
Endereço: RUA SANTA VITORIA 6972 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 23/12/1986 Idade: 31a10m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 553505  
Requisição: 635447 Solicitação: 05/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1033051 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050087

Data Exame: 05/05/2018

### TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura alinhada no maléolo medial da tíbia.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 14/11/2018

  
CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.353-34 CRM: 2000  
Profissional Responsável



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**SUS**17 577 205/0015 - 32  
UPA RENASCENÇA  
Rua Rio Verde Nº 2810  
Renascença III -  
CEP 64082-110  
Teresina-PI**SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

De: UPA RENASCENÇA III	Para: HUT
NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA, 31 ANOS.	Registro:
<b>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO</b>	
<p>Paciente vítima de acidente motociclístico (motoXcarro) há poucos minutos. Relata ingestão de bebida alcoólica. Nega uso de capacete. Nega perda de consciência ou vômitos. Queixa de cefaléia, tontura e visão turva. Queixa de dor em pé direito. Nega cervicália.</p> <p>Nega comorbidades. Desconhece alergia medicamentosa. Ao exame: Regular EG, consciente, deorientada, eupneica, normocorada, hidratada. Glasgow 14, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits. Escoriações em face com hematoma subgaleal frontal D. AC: rr2t, bnf, ss. AP: mv + aht, s/ ra. Abdome flácido, depressível, sem sinais de peritonite. Extremidades: escoriações, edema em pé direito.</p> <p>Já avaliada pela ortopedia (fratura maléolo medial), sem indicação cirúrgica, já imobilizada.</p> <p>NECESSITA TC DE CRÂNIO / AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA.</p>	
HD: POLITRAUMA COM TCE CID: S068	<p>Dr. Thalysson B. Ferraz e Souza Médico CRM-PI 6057</p>
TERESINA-PI 01/05/18, 23:00h.	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

**FICHA DE RETORNO**

De:	Para:
<b>DIAGNÓSTICO</b>	
TERESINA-PI	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

CNPJ: 05.577.917/0035-19  
UPA - RENASCENÇA  
Rua Rio Verde, nº 2810.  
Renascença III - CEP 64.082-110  
Teresina - PI

Formal  
250618  
Confere C m o Original

Confere C m o Original

EDIDA CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 11/07/19



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 05/05/2018 00:54:27

(MARCELO RICARDO)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA	Prontuário:	475389
Mãe:	MARIA DE FATIMA LEMOS DA SILVA	Pai:	JOAO PEDRO DA SILVA
End. Resid.:	RUA SANTA VITORIA 6972 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	23/12/1986	Idade:	31a:5m:12d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-99400-6504
Responsável:	MARIA DE FATIMA LEMOS DA SILVA	CNS:	705400409361099
Profissão:	DOMESTICA	Documento:	CPF: . . -
G. Instrução:	Médio Completo	E. Civil:	Solteiro(a)
End. Local.:	- - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	663505	Data:	05/05/2018 00:53:08	Clas. Cor:	Indefinido
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	05/05/18	ESPECIALISTA:	Ortopedi.
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	Fatura do trauma (fratura de tíbia e fêmur) e TC de crânio.		
Dr. Eduardo R. A. Bona Miranda CRM-PI 4608 Ortopedia e Traumatologia			
Carimbo/Assinatura Solicitante			

### DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_:\_\_

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	
----------------------------------	--

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	05/05/18 02:20	ESPECIALISTA:	# Bucamato
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	Pac. vítima acidente motociclístico, apresentando edema periorbital, nariz fraturado em região frontal. Ao exame TC, não foi evidenciado fratura de fêmur em nível do fêmur.		
Carimbo/Assinatura Solicitante			

### DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_:\_\_

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	
-> politrauma (3 dias) -> evol 15 -> bem	
dificulta neurológicas presentes. TC crânio: - bom	
sem neurocinegias. cd: - condutas clinicas / ortopédica	






**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**COMPROVANTE DE REGULAÇÃO**

<b>AUTORIZAÇÃO: 214391841</b>	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 24908	<b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 2323443 - PRONTO SOCORRO DIRCEU ARCOVERDE II - (86) 3236-1660		
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
<b>LEITO:</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
<b>PACIENTE:</b> NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA		<b>NASCIMENTO:</b> 23/12/1986

**DADOS CLÍNICOS**

<b>HISTÓRIA CLÍNICA:</b> PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 3 DIAS, GLASGOW 15, PUPILAS NORMAIS SEM DÉFICIT LOCAL; PRESENÇA DE HEMATOMA PERIORBITÁRIO. REFERE TER SIDO DIAGNOSTICADA COM FRATURA NO MID NO HUT E TRATADA COM "TALA"; ENTRETANTO A PRÓPRIA PACIENTE RETIROU A TALA. APRESENTA ESCORIAÇÕES EDEMA NO MID. INICIADO AINE + OXACILINA.			
<b>PROVAS DIAGNÓSTICAS:</b>			
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b>			
<b>DIAGNÓSTICO(CID):</b> FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA			
<b>COMORBIDADE:</b>			
<b>PRESSÃO ARTERIAL:</b> 110x80(mmHg)	<b>FREQ. CARDÍACA:</b> 72bpm	<b>SATURAÇÃO:</b> 97%	<b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b>
<b>GLICEMIA:</b>	<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> 15	<b>USO DE O2:</b>	
<b>USO DROGAS VASOATIVAS:</b>			
<b>USO ANTIBIÓTICOS:</b> OXACILINA			
<b>USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:</b> VOLTAREN + DIPIRONA.			

<b>DATA:</b>	04/05/2018 11:05:44
 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	



04/05/2018 17:53



<b>FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA</b>	
<b>COMPROVANTE</b>	
<b>Paciente:</b>	NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA
<b>Nascimento:</b>	23/12/1986
<b>Motivo do Chamado:</b>	AVALIACAO CLINICA/EXAME
<b>Estabelecimento de Origem:</b>	PRONTO SOCORRO DIRCEU ARCOVERDE II
<b>Estabelecimento de Destino:</b>	HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT
<b>Verificação do Estabelecimento de Destino:</b>	Transferência Confirmada
<b>Viatura:</b>	
<b>Data/Hora Programada:</b>	



04/05/2018 17:53



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **NADIA MARIA DE ARAUJO DA SILVA** (Prontuário: 475389)  
Endereço: RUA SANTA VITORIA 6972 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 23/12/1986 Idade: 31a4m13d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 663505  
Requisição: 835458 Solicitação: 05/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1033073 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 05/05/2018

**T.C. DE FACE**

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- ESPESSAMENTO MUCOSO NO ASSOALHO DO SEIO MAXILAR ESQUERDO.
- DEMAIS SEIOS PARANASAIS SEM ALTERAÇÕES.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 05/05/2018

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Jane Simone Lima Dias A. Souza  
Matrícula: 047267  
SAME - HUT  
CONFERE COM ORIGINAL

