
Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200343333

Vítima: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARILENE DE OLIVEIRA 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, contados 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, 05 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200343333

Vítima: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200343333

Vítima: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000004288

Conta: 000006805-5

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 Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 093.033.013-74 4 - Nome completo da vítima: MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA 6 - CPF: 7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA SANTA ISABEL, VILA NOVA CONQUISTA 9 - Número: 514 10 - Complemento: 11 - Bairro: NOVA CONQUISTA 12 - Cidade: VNSÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64120-000 15 - E-mail: fredsonoliveiraoliveira@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 86 995309659

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA 18 - CPF do Representante Legal: 037.833.653-33 19 - Profissão do Representante Legal: DO LAR

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4288 CONTA: 6805 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteira ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) maior? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: Lourenço Ferreira de Azevedo CPF: 386.631.463-68 LOURENÇO FERREIRA DE AZEVEDO Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: REGINAIDON FERREIRA SOUZA CPF: 64.34.281-63-54 REGINAIDON FERREIRA SOUZA Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	093.033.013 - 74	MARISA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
MARILENE DE OLIVEIRA SILVA		037.833.653-33		DO LAR	
Endereço		Número		Complemento	
RUA SANTA ISABEL		511			
Bairro	Cidade	Estado		CEP	
VILA NOVA CONCEIÇÃO	UNIÃO	P.S.		64120-000	
Email				Telefone (DDD)	
Fredsonoliveiraoliveira@hotmail.com				86 995709659	

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) ☐ ITAÚ (341)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA		CONTA	
Nº:	D/V	Nº:	D/V
4288		6805	5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Nome		Nº:	
AGÊNCIA		CONTA	
Nº:	D/V	Nº:	D/V
(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.

União, 21 de Setembro de 2020

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001568/2020-52

Unidade de Registro: 20ª DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Vicente Oliveira De Sousa

Data/Hora: 21/09/2020 - 11:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20ª DP - UNIÃO

Data/Hora

24/05/2020 - 14:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

SAIDA DA PI, 111 COM A PI, 112, ESTRADA DESTINO ZONA RURAL À UNIÃO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

EM FRENTE A FAZENDA DO SENHOR VALTER

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA ESPERANÇA DE OLIVEIRA SILVA

RG: 4.734.411 SSP PI

Tipo Envolv.: VITIMA

Mãe: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Endereço: QUADRA 22 CASA 14 RUA SANTA ISABEL, Nº

Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Cidade: UNIÃO

Nome: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

RG: 2729679 SSP PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO MIRANDA OLIVEIRA

Endereço: RUA SANTA ISABEL, QUADRA 22, Nº CASA 14

Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9574-0618

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 125 FAN KS

Ano: Placa: Chassi:

2013 ODV5828 9C2JC4110DR103399

Renavam:

404427604

Cor:

Vermelha

Condutor: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

RG: 2729679 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA SANTA ISABEL, QUADRA 22 Número: CASA 14 Complemento:

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Proprietário: MARIA CILENE DE OLIVEIRA SOUSA

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADA VEIO NOTICIAR QUE NESTA DATA, LOCAL E HORA JÁ MENCIONADO, CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITO, DO DESTINO JÁ MENCIONADO, TRAZENDO COMO GARUPA SUA FILHA MENOR DE IDADE, DE NOME ACIMA QUALIFICADO ACIMA COMO VITIMA TAMBÉM, AO PARAR NO CRUZAMENTO DA PI, LOCAL, PARA VER SE VINHA ALGUM VEICULO PARA SEGUIR SEU DESTINO, FOI COLHIDA EM SUA MOTOCICLETA, POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, ONDE O MESMO LHE ARREMESSOU A UMA DISTANCIA, JUNTAMENTE COM SUA FILHA QUE CONDUZIA COMO GARUPA, E QUE A NOTICIANTE FICOU INCONSCIENTE, ONDE QUEBROU A PERNA DIREITA, E COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO, E UMA PANCADA NO ABDOME, E SUA FILHA MENOR COM UMA PANCADA NA CABEÇA QUEBRANDO O GRÂNIO, E O REFERIDO VEICULO NÃO PRESTANDO SOCORRO AS VITIMAS, EVADINDO-SE DO LOCAL, SENDO QUE TERCEIROS PASSAVAM PELO LOCAL, E VENDO O ACIDENTE CHAMARAM A AMBULANCIA DO SAMU, DO HOSPITAL JOSÉ DA ROCHA FURTADO, E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL LOCAL, E TRANSFERIDO DE IMEDIATO A MÃE E



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001568/2020-52

FILHA PARA O HOSPITAL HUT EM TERESINA-PI, TENDO COMO TESTEMUNHA O SENHOR, LOURENÇO FERREIRA DE ABREU, RG Nº 995.542-PI, CPF 386.871.463-68, RESIDENTE NO ASSENTAMENTO SANTA MARIA NESTE MUNICÍPIO, E O SENHOR REGINALDO PEREIRA DE SOUSA RG Nº 3.351.187-PI, CPF Nº 643.428.163-34, RESIDENTE NO BAIRRO SÃO JOÃO NESTA CIDADE. ERA O QUE TINHA A RELATAR.


Vicente Oliveira De Sousa - Mat.
AGENTE DE POL.


MARILENE DE OLIVEIRA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação


Lacy Kelly Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil
Mat.: 116.333-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 093.033.013-74 4 - Nome completo da vítima: MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA 6 - CPF: 7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA SANTA ISABEL, VILA NOVA CONQUISTA 9 - Número: 514 10 - Complemento: 11 - Bairro: NOVA CONQUISTA 12 - Cidade: VNSÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64120-000 15 - E-mail: fredsonoliveiraoliveira@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 86 995309659

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA 18 - CPF do Representante Legal: 037.833.653-33 19 - Profissão do Representante Legal: DO LAR

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 4288 CONTA: 6805

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteira ☐ Casada (no Civil) ☐ Divorciada ☐ Separada judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) maior? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): 38 - 1ª Nome: LOURENÇO FERREIRA DE ARAÚJO CPF: 386.631.463-68 Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: REGINAIDON FERREIRA SOUZA CPF: 64.34.281-63 Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante), 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver), 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 21/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000006805-5

Nr. da Autenticação 6367A086FA4FB344

equatorial
ENERGIA

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Cartão de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

1358132-5

Nº da Nota Fiscal 42468346

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	31/08/2020	145	94,94

MARILENE DE OLIVEIRA SILVA
R. SANTA ISABEL S/N - VILA NOVA CONQUISTA
CPF: 00003783365333
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 260.070.15.27.539100

Atual:	6837	Atual:	24/03/2020
Anterior:	6692	Anterior:	23/07/2020
Constante de Multiplicador:	1,000	Próxima Leitura:	23/09/2020
Consumo Medido:	145	Emissão:	23/08/2020
Consumo Faturado:	145	Apresentação:	24/08/2020
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
		Código de Irregularidade:	FCAM*

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classif/Subclassif	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.
		A1463635		1.4.1.1
				Média 12 meses

RESID. Bx. RENDA	MONO	DESCRIÇÃO DA CONTA
HISTÓRICO kWh		
Mês/ano consumo		
JUL/20	159	CONSUMO 30 A R\$ 0,271320 = 8,15
JUN/20	173	70 A R\$ 0,465374 = 32,61
MAI/20	124	45 A R\$ 0,698347 = 31,45
ABR/20	117	
MAR/20	62	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 9,84
FEV/20	58	DIF. P/ BASE CALCULO TRIBUTOS 40,39
JAN/20	63	SUBVENCAO BAIXA RENDA 30,59
DEZ/19	64	CORRECAO MONETARIA IG 07/20-00 0,91
NOV/19	64	MULTA POR ATRASO 07/20-00 1,60
OUT/19	60	JUROS POR ATRASO 07/20-00 0,58
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 100	0,000000	
101 A 145	0,655340	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/08/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

equatorial
ENERGIA

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Cartão de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

1358132-5

Nº da Nota Fiscal 42468346

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	31/08/2020	145	94,94

MARILENE DE OLIVEIRA SILVA
R. SANTA ISABEL S/N - VILA NOVA CONQUISTA
CPF: 00003783365333
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 260.070.15.27.539100

Atual:	6837	Atual:	24/03/2020
Anterior:	6692	Anterior:	23/07/2020
Constante de Multiplicador:	1,000	Próxima Leitura:	23/09/2020
Consumo Medido:	145	Emissão:	23/08/2020
Consumo Faturado:	145	Apresentação:	24/08/2020
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
		Código de Irregularidade:	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classif/Subclassif	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.
		A1463635		1.4.1.1
				Média 12 meses

RESID. Bx. RENDA	MONO	DESCRIÇÃO DA CONTA
HISTÓRICO kWh		
Mês/ano consumo		
JUL/20	159	CONSUMO 30 A R\$ 0,271320 = 8,15
JUN/20	173	70 A R\$ 0,465374 = 32,61
MAI/20	124	45 A R\$ 0,698347 = 31,45
ABR/20	117	
MAR/20	62	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 9,84
FEV/20	58	DIF. P/ BASE CALCULO TRIBUTOS 40,39
JAN/20	63	SUBVENCAO BAIXA RENDA 30,59
DEZ/19	64	CORRECAO MONETARIA IG 07/20-00 0,91
NOV/19	64	MULTA POR ATRASO 07/20-00 1,60
OUT/19	60	JUROS POR ATRASO 07/20-00 0,58
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 100	0,000000	
101 A 145	0,655340	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/08/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



Prefeitura Municipal de União - PI
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
Travessa Filintor Rêgo Nº 99 Centro.
União - PI - CEP: 64120.000 - Fone: (86) 3265-2187



SAMU
192

24/05/2020

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nome do Solicitante:		
Contato do Solicitante:		
SAÍDA DO PA: 13:50	CHEGADA AO LOCAL: 14:03	SAÍDA DO LOCAL: 14:34
CHEGADA AO HOSPITAL: 14:47	SAÍDA DO HOSPITAL: 15:30	CHEGADA AO PA: 15:23

NOME DO PACIENTE: Maria Esperança de Oliveira Silva
SEXO: () MAS (X) FEM IDADE: 8 anos
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. PZ 112 (rua do Miguel Alves) quic. do valter.

TIPO DE OCORRÊNCIA

() Envenenamento	() Agressão Física	() Acidente de Moto
() Choque Elétrico	() Afogamento	() Acidente de Carro
() Urgência Obstétrica	() Queda	() Mal Súbito
() Urgência Pediátrica	() Já Removido	() Falso Chamado
() Ferimento Arma Branca () Fogo	() transferência hospitalar	() Queimadura
() Atropelamento	() Urgem. Clínica:	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PUPILAS	FALA
(X) Alerta	(X) Iguais	() Normal
() Responde ao Comando	() Desiguais	(X) Confusa
() Responde a Dor	() OUTROS	() Nenhuma
() Sem resposta		

PULSO RADIAL:	(X) FORTE	() FRACO	() LEVE	() MODERADO	() AUSENTE
---------------	-----------	-----------	----------	--------------	-------------

SINAIS VITAIS	1ª Verificação	2ª Verificação
HORA:	14:47	
SATURACÃO	98	
P.A.	120x90	
PULSO	114	
RESPIRAÇÃO	20	
GLICEMIA	---	
TEMPERATURA	35,8	

OBSERVAÇÕES:

Quança vítima de colisão
(carro-moto) apresentando ferida
T.C. com lesão no corno cabulario,
fratura em região torácica,
com agitação desorientada,
respirando, calafrio e re-
mitos. Realizado atendimento
inicial e encaminhada ao hospital.
OBS: Transferida ao 2º vítima no mesmo
ambulância.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Aspiração	() Imobilização de extremidades	() Ass. Obstétrica
(X) Oxigênio	(X) Prancha	() Hemostasia
() Reanimação Cardio-Resp	(X) Colar Cervical	() Curativo
() Ventilação Artificial	() KED	
() Monitorização	(X) Acesso Venoso - Solução	
(X) Outros		

ENTRADA NO HOSPITAL

() Melhorando	() Severa Gravidade	() Indeterminado
() Piorando	() Média Gravidade	() Óbito antes do Soc
(X) Inalterado	() Pequena Gravidade	() Óbito no transporte
() Coma	() Ileso	

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

HOSPITAL DE DESTINO: HMC

SOCORRISTA
Kátia de Souza da Ponte
COREN-PI 001.254.005-1E

RECEPÇÃO DO HOSPITAL:
Barbara

MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A)
Enfermeiro
Coren - PI 506 300 199



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 111 6
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO

TROLE: _____ SERVIDOR: Leandro DATA: 21/05/2020 HORA: 14

DADOS DO PACIENTE.

IE: Marcelo Esperança Oliveira : SILVA DN: 04/12/11 ID: 3000 SEXO: M

IE DA MÃE: Marcelo Eli Oliveira Silva

RG: 3000 1505-7441 CONTATO: 9042 67666

ERECÇÃO: Vila Santa Isabel CEP: 64100-000

ENDEREÇO: 3000 R. Santa Isabel CIDADE: UNIÃO UF: PI

TIPO DE ENCAMINHAMENTO: ☐ DEMANDA ESPONTANEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☒ SAMU ☐ PM ☐ AMBULANCIA ☐ OUTRO

NOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Leandro

TIPO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☒ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA ☐

ANamnese: PA: 1,70m SAT.02: 94 T: 36,5 DOR: ECG: GLICEMIA: PESO: ALTURA:

CRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA: _____

EXATIDÃO: Sat. 02: 94 com 5L/min
FC: 134 - 81.

MELHOR ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

ARQUIVO: _____ ENFERMEIRO(A): _____ CONSELHO/REGISTRO: _____

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO Leandro, 30 anos, masculino, branco, casado, residente em União, PI. Queixa de dor abdominal, tipo cólica, localizada no quadrante superior esquerdo, com início há 12 horas, evoluindo para dor difusa. Não há náusea, vômito, febre, diarreia ou prisão de ventre. Em uso de medicação para hipertensão arterial.

EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☐ RX ☐ US

DIAGNÓSTICO: Leandro - TCE

CONFIRMAÇÃO DO PACIENTE
16.09.2020
Alf. Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dipirona - 1,2 ml + AD, eu
Etiopiridina - 1,2 ml + AD, eu
14.05

CONDIÇÃO

CAUSA ☐ OBITO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERIDO PARA ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGENCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO/CRM: _____ ENFERMEIRO(A)/COREN: _____ PACIENTE: _____

MÉDICO _____ ENFERMEIRO(A) _____

Dr. Edson V. Cardoso
MÉDICO
CRM-PI 5265
CPF: 000.134.103-47

COREN _____
Leandro

**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: **MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545969)
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIAO - RO CEP: 76924-000
Nascimento: 04/12/2011 Idade: 8a5m22d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 263743
Requisição: 1097414 Solicitação: 26/05/2020 Solicitante: ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA
Controle: 1522473 Convênio: S U S CLÍNICA PEDIÁTRICA - P05 ENFERMARIA 203 LEITO 25

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/05/2020

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- FRATURA COMINUTA COM AFUNDAMENTO NO OSSO FRONTAL ESQUERDO.
- DELGADO HEMATOMA SUBDURAL AGUDO FRONTAL ESQUERDO.
- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE AGUDA FRONTAL ESQUERDA.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
- CONTUSÃO ENCEFÁLICA HEMORRÁGICA EM LOBO FRONTAL ESQUERDO.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 26/05/2020

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
Profissional Responsável

Tenista Raposo Pereira de Sousa Lopo
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Conferir com Original

**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: **MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545969)
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIAO - RO CEP: 76924-000
Nascimento: 04/12/2011 Idade: 8a5m20d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780024
Requisição: 1096820 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: AIANA CAMILA AMANCIO DE ARAUJO MENDES
Controle: 1520755 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 24/05/2020

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: integros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Útero: em AVF, com dimensões e volume normais.
- Ovários: com dimensões e volume normais. Ecogenicidade parenquimatosa preservada.
- Musculatura pélvica com espessura e ecogenicidade normais.
- Não há imagens de lesões anexiais detectáveis pelo método.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(HELDER FRANÇA)

TERESINA - PI 24/05/2020

HELDER DO ESPIRITO SANTO FRANCA

CPF: 287.117.933-68 CRM-PI 3714
Profissional Responsável

Tenise Rangel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 056234
SOME - HUT
Compare com Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.922.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545969)
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIAO - RO CEP: 76924-000
Nascimento: 04/12/2011 Idade: 8a5m20d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780024
Requisição: 1096820 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: AIANA CAMILA AMANCIO DE ARAUJO MENDES
Controle: 1520755 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 24/05/2020

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Útero: em AVF, com dimensões e volume normais.
- Ovários: com dimensões e volume normais. Ecogenicidade parenquimatosa preservada.
- Musculatura pélvica com espessura e ecogenicidade normais.
- Não há imagens de lesões anexiais detectáveis pelo método.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(HELDER FRANÇA)

TERESINA - PI 24/05/2020

HELDER DO ESPIRITO SANTO FRANCA

CPF: 287.117.933-68 CRM-PI 3714
Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SIME - HUT
Compare com Original



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA
DR. ZENON ROCHA**

NOME DO PACIENTE: Maria Esperança Oliveira Sales

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 545969

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"**

Wesley Augusto Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Conferido com Original



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

convulsão UP
NEURO OK
C. Cerebral

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA	Prontuário:	545969
Mãe:	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	Pai:	BENEDITO PEREIRA DA SILVA
End. Resid.:	RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIAO - RO - CEP: 76924-000		
Nascimento:	04/12/2011	Idade:	8a5m20d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-99419-4088
Responsável:	MARIA GABRIELA	CNS:	898003015657641
Profissão:	CRIANÇA	Documento:	RG: 4734411 - SSPI
G. Instrução:	Não informado	E. Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	780024	Entrada:	24/05/2020 19:17:14	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Condução:	AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEDAS	Dor moderada	Amarelo
Breve História Clás. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. COM QUEIXA DE DOR ABDOMINAL, RELATA VONTADE DE EVACUAR, TAX, 36,5, SAT: 98 SEM APORTO DE O2 NEGA ALERGIAS, COM ESCORIAÇÕES EM FACE E COURO CASELUDO.		THAYRES VIEIRA DA SILVA COREN 422727 Em: 24/05/2020 19:27:38

SSVV:	(Hora: ____ : ____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: Paciente vítima de acidente moto x carro por volta das 12h. paciente era passageira na moto. relato de perda da consciência e vômitos, além de confusão mental. anotação de trauma torácico e craniano. nega alergia medicamentosa. nega doença crônica. última refeição antes das 12h. ao exame: p estimado: 33kg. reg, ativa, reativa, hidratada, eupneica, acianótico, anictérico, corado. neurologico: ecg 14. pifr. pele: escoriações em mmil, msc e cranio. asp fisiologica. abdome inocente com bexigoma palpavel. pulsos perifericos amplos, tec 2s. hd: politrauma									
ULTRASSONOGRAFIA REALIZADA DATA 24/05/2020 HORA 19:45 EXAME: US abd total MÉDICO: J. A. B. B. B.									
Diagnóstico Inicial: ?									

Exames Complementares: (1520752) - T.C. DE CRANIO (1520753) - T.C. DE COLUMA CERVICAL (1520754) - TORAX PA	TOFODGRAFIA REALIZADA DATA 24/05/2020 HORA 20:25 E: 101 CM 150 TEL: 303040092
Prescrição Médica: PARECER NEURO PARECER CIPE PARECER ORTOP	

Motivo da Alta/Encerramento:	
Observação (Infantil)	DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____

Assinatura Paciente ou Responsável

AIANA CAMILA AMANCIO DE ARAUJO MENDES
5546 Em: 24/05/2020 19:44:28

24/05/2020

H7dra - Regulação SUS

SOLICITAÇÃO: MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA - 202005241178143
STATUS: ENCERRADA

Informações Gerais

Paciente: MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA - 898003015657641 - 04/12/2011 (8 anos), União. Mãe: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Leito:

Class. Risco: Emergência

VISÃO GERAL

Estab. Solicitante: Hospital Dr. José da Rocha Furtado (União/PI)

Médico Solicitante: EDUARDO GARCIA CLAUDINO

Usuário Solicitante: Marcos Vinícius

Senha: 202005241178143

Observação Solicitante: ; Arlene da Silva Fontenele em 24/05/2020 17:10

Observação Executante:

Caráter: Urgência

Tipo de Leito: Neurocirurgia

CIDs: Traumatismo intracraniano, não especificado

Procedimentos:

Descrição Clínica: PACIENTE POLITRAUMATIZADA, VITIMA DE COLISÃO ENTRE CARRO E MOTO, APRESENTANDO TRAUMA CRANIO TORÁCICO, SONOLÊNCIA, VÔMITOS EM JATO, LACERAÇÃO NA REGIÃO FRONTAL TEMPORAL, TREMOR, EXTREMIDADES FRIAS. EF. TAQUICARDÍACA (FC: 134 BPM); AP MV+ DIMINUIDO NO HTD. PACIENTE PRECISA DA AVALIAÇÃO DE IMAGEM E NCR. Visualizar mudanças (/internacoes/178143/mudanca)

Protocolo de Atendimento: Pressão Sistólica: 120
Pressão Diastólica: 90
Saturação (%): 89
Frequência Cardíaca (bpm): 134
Frequência Respiratória (rpm): 24
Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 13
Assistência Ventilatória: cateter_nasal

Observações

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
24/05/2020 17:10	Arlene da Silva Fontenele - Estab: Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Encerrada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento Solicitante
24/05/2020 16:47	LUCAS UZIEL REIS MENDES - Operador Internação - SESAPI	Encerrada	Regulado Via Central de Regulação Municipal de Teresina : PACIENTE REGULADO(A) VIA GESTOR SAÚDE PARA O HUT // ID 127097 E AUTORIZAÇÃO 1042742049.
24/05/2020 15:51	Marcelo Coelho Vieira Albuquerque - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	Envio para a Regulação Municipal
24/05/2020 15:51	Marcelo Coelho Vieira Albuquerque - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
24/05/2020 15:27	Arlene da Silva Fontenele - Estab: Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Pendente	

Teresa Raposo, Arlene de Sousa Lopes
Matrícula: 056234
SAÚDE - HUT
Confira com Original

1/05/2020

Gestor Saúde - Fundação Municipal De Saúde De Teresina



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | Menu | Ajuda | Avisos | DETS/PE/TE/CA

Secretaria Municipal de Saúde

HISTÓRICO | INTERNAÇÃO | EXAME | DASH/BOARD | HOSPITALAR

Solicitação de Regulação

Todos os campos marcados com * são obrigatórios.

ID	127097		Situação do Paciente	EM OBSERVAÇÃO
Situação	A [AUTORIZADA]	Autorização		
Tipo	2 Avaliação clínica			
Verificação do Estab. Exec.	Aguardando [dropdown] Usuário Responsável			
Limite para Confirmação	24/05/2020 17:00:27			
Estabelecimento Solicitante	CENTRAL ESTADUAL DE REGULACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR			
Estabelecimento Origem	HOSPITAL DR JOSE DA ROCHA FURTADO			
Município Origem	UNIAO			
Território	ENTRE RIOS			
Profissional Solicitante*	EDUARDO GARCIA CLAUDINO			
Paciente*	MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA			
Nascimento	04/12/2011 08 ano(S)	Sexo F	Cartão SUS	8980030156576-11
Mãe	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	Telefone	Telefone2	
Endereço	VILA SANTA ISABEL	Nº		
Bairro	ZONA RURAL	Município	UNIAO	UF PI

Dados da Internação

Situação		
Data de Entrada:	Hora de Entrada:	
Data de alta:	Horário de alta:	Motivo de alta:
Executante	HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON	

Dados Clínicos

História Clínica	PACIENTE POLITRAUMATIZADA, VITIMA DE COLISÃO ENTRE CARRO E MOTO APRESENTANDO TRAMA CRANIO TORÁCICO, SONOLÊNCIA, VÔMITOS EM JATO, LACERAÇÃO NA REGIÃO FRONTAL TEMPORAL, TREMOR, EXTREMIDADES FRIAS, EF: TAQUICARDÍACA (FC:134 BPM); AP: MV+ DIMINUIDO NO HTD. PACIENTE PRECISA DA AVALIAÇÃO DE IMAGEM E NCR.			
Observação				
Exames Solicitados				
Diagnóstico (CID)	TRAUMATISMO INTRACRANIANO NAO ESPECIFICADO			
Pressão Arterial	120 X 90 (mmHg)	Saturação	89 %	Freq. Cardíaca 134 (bpm)
Glicemia	(mg/dL)	Nível de Consciência	13	Uso de O2 Cateter nasal
Comorbidade				
☐ Alergia ☐ Risco de Queda ☐ Risco de Broncoaspiração ☐ Risco de Úlcera de Pressão				

Prescrição

É importante que seja anexada a última prescrição e os exames realizados para melhor continuidade do tratamento.

Uso de Drogas Vasoativas	Sim / Não
Uso de Antibiótico	Sim / Não
Outras Medicções	Sim / Não
Descrição	
Especialidade Requerida	NEUROCIRURGIA
Classificação de risco	4 - PRIORIDADE MÁXIMA
Estabelecimento/Leito Referenciado	HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - NEUROCIRURGIA

Histórico

Situações anteriores

Data: 24/05/2020 16:00:27 Usuário: DANIEL OUTRA DOS SANTOS
 Estabelecimento: CENTRAL DE REGULACAO DE TERESINA
 Situação: AUTORIZADA
 Tipo: AVALIAÇÃO CLÍNICA OU EXAME EM HOSPITAL

Novo Gravar Pesquisar Excluir Fechar Comprovante Imagens (0) Solicitar Transporte Notificação Regulação

https://fmsteresina.gestorsolucao.net.br

Teresa Raposo, Advogada da Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Confirmação com Original

MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

315523

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 263743
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA			6 - Prontuário: 545969
7-CNS: 898003015657641	8-Nascimento: 04/12/2011	9-Sexo: Feminino	RG: 4734411 - SSP
1-Mãe: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA			12-Fone: 86-99419-4088
11-Resp: MARIA GABRIELA			14-Cor: Parda
End: RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - CEP: 76924-000			
5-Munic: NOVA UNIAO	17-Cod. IBGE: 110143	18-UF: RO	19-CEP: 76924-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
TCE

21 - Condições que justificam a internação:
AS ACIMA

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
TC DE CRANIO

23 - Diagnóstico inicial:
Atos traumáticos intracranianos

24-CID Prim: **S068**

25-CID Sec:

26-CID C.Aux:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0303040092	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)	Tempo: 303
29-Clinica:	30-Carater: Ident.: 02 01	31-Docum.: 010.364.633-70
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA	34-Data Solicitação: 24/05/2020	35-Ass.Carimbo Med.Bol. (CRM): Antonio Lopes de Abreu Filho Gerente de Clínica Pediátrica CRM-P 2047

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CPF Seguidor:	40-Rq.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CPF Express:	43-CMAE Express:	44-CBOB:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: () CNES () CPF	49-Num. Documento: 0589234
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho): Ass. Carimbo Original	
51-Usuário: (VULLE):	

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 315523
	AIH: 2220100339512
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	CNES 7569963
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 89803015657641	NOME DO PACIENTE MARIA ESPERANÇA OLIVEIRA SILVA	NASCIMENTO 04/12/2011	SEXO F	PRONTUÁRIO 545069
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	RESPONSÁVEL MARIA GABRIELA	
CEP 64120-009	ENDEREÇO - LOGRADOURO VILA SANTA ISABEL		NUMERO / LOTE	
BAIRRO ZONA RURAL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO UNIAO	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS TCE		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS ACMA		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) TC DE CRÂNIO		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		
CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO	
LEITO/CLÍNICA NEUROCIRURGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA CPF: 01058463370 CRM:
CARATER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 24/05/2020
DATA ADMISSÃO 24/05/2020 19:17	DATA ALTA 31/05/2020 08:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 03034032391 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF: CRM: DATA ANÁLISE: 24/05/2020 11:27:43

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 058234
SHAME - HUT
Contato com Original



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

PRESCRIÇÃO INICIAL No.: 118393 - Em: (31/05/2020)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc./Id:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
263743	545969	MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA	04/12/2011 845204	CLINICA PEDIATRICA - P05	ENFERMARIA 203	LEITO 25	KASSIO ALENCAR RODRIGUES		
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:							
Hora:		Alergias:							
		POLITRAUMA + FX DE CRÂNIO							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta									
1	ORDANSTRON 2MG/ML, INJ. C/ 2ML. DILUIR EM 50ML SFO. 9N, EV DE 8/8H EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00 Ampola		EV	SN				
2	TIRAS-TESTE PARA GLICOSE NO SANGUE (ON CALL PLUS)	2,00 Envelop		Subcutâneo	12/12h				
3	GLICEMIA CAPILAR 12/12H DIPIRONA 500MG/ML, SOL. ORAL GOTAS FAZER 20 GOTAS VO EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00 Frasco		Oral	SN				

Observações Gerais, ACESSO VENOSO SALINIZADO

Suspensões e Alterações:

CARACTERIA ELEVADA 30" + FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA + SINAIS VITAIS REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Tc a fratura em apendicemto
contusão frontal direita

Alta -

Oriento a consultar a pediatra
ambulatório malnute

TERESINA RAQUEL PEREIRA DE SOUZA LOPES
Matriçula: 059234
P. 05/05/2020
P. 05/05/2020

TERESINA RAQUEL PEREIRA DE SOUZA LOPES
Matriçula: 059234
P. 05/05/2020
P. 05/05/2020



EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME: Maria Esperança Oliveira Silva		Nº PRONTUÁRIO: 545969
CLÍNICA: Emergência PED	ENFERMARIA	LEITO: 02
DATA	# Politrauma + fratura de úmero + XED.	
25/05/2020	Paciente vítima de acidente moto x carro ontem 7:30h por volta de 12h, com relato de perda da 8 anos consciência e vômitos. Supor com vômitos episódicos de vômito às 21h. Apetite preservado. Relato dor em região fronto-parietal E. Análise pre- sente.	
	Controles:	
	ATax: 37,6°C. APAS: 110 - 122 mmHg.	
	Sat O ₂ : 96 - 100%. APAD: 61 - 83 mmHg.	
	Ao exame:	
	Consciente, orientado, supine sem aspecto de O ₂ , hidratado.	
	AC: RR, 2T, BNF, SS. FC: 110 bpm.	
	AP: Mv P, sem RA. Sat O ₂ : 100%.	
	Abdomen: plano, flexível, RZA P, tendão à palpção. Sem massas em mto E e MID e HIE.	
	Ausência de déficit neurológico focais. Sem FO em região fronto-parietal E (apudamento local?).	
	Ex: Livre para enfermagem.	
	Observação neurológica	

Comando de Abuso Coisa
10
COM 10/05/2020

Des. Sandra de Oliveira Freire
10
COM 10/05/2020 17:02:4524

Tratado Rapid. Ponto de Saúde Legal
Matrícula: 2560234
SAME/PAUT
Contato: 0800 010 010



Pub: 3360

NOME DO PACIENTE

Marisa Espinosa Oliveira Silva

Peltrama + fratura de coxa
PRESCRIÇÃO MÉDICA
DATA: 24/05/2014 HORA: 21:15

① Vista oral zero, dige, ~~visita~~ visita oral 1 hora
 ② HVM para 34 horas em 4 etapas
 SFO, g1: ——— 420 ml
 KCl 10 i: ——— 6 ml
 Glucose 50 i: ——— 16.5 ml

3) Bremsiprila 10mg / 2mL - 0,2mL + 50mL 5FQ 9%, EV lento, até de 8/8h de náuseas ou vômitos.

9) Wipiruna 500mg/mL - 1,3mL + 8,7mL AD
EV. até de 6/6h 50

⑤ bords vitais $\frac{4}{4}h$

6) Cuidados de enfermagem

7) Guerra civil de 1914

James P. ...
M...
C...

liquid for
difficult
EAM
these

Rua de S.
 n.º 058
 E - HU
 com O

MÉDICO(CRM):

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

[illegible]

PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
------------	---------------	---------	--------------	-------

545969	04/12/2011	Emerg. pediátrica	02
ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE	

DATA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
1964		

	H	P A	T	P	R	ENGLISH	QUEENSLAND
100	19.30	32.3	37.6	332		++	
200	19.14	31.6	37.4	105			100
300	20	31.9					
400	21						

21:30
B330h - boas admistivas
veste para interna de
colinho motor e cavale

paraginas da moto.

13:30	24/11/2019	relato de perda de
-------	------------	--------------------

competência e vontade

[illegible]

...the world's first ...

API 115D: Negative allerg

Diversi (+) - Encarnind

la plumes.

100



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

Impr: 24/05/2020 19:16:30
(AIANA CANILAI)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA	Prontuário:	545969
Mãe:	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	Pai:	BENEDITO PEREIRA DA SILVA
End.Resid.:	RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIÃO - RO - CEP: 76924-000		
Nascimento:	04/12/2011	Idade:	8a5m20d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-99419-4088
Responsável:	MARIA GABRIELA	CNS:	898003015657641
Profissão:	CRANÇA	Documento:	RG: 4734411 - SSP/PI
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Solteiro(a)
End.Local.:	-		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	780024	Data:	24/05/2020 19:17:14	Clas. Cor:	Amarelo	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	24/5/2020 20:00h	ESPECIALISTA:	NCA
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	TCE		
TC Gênero: Fa. Agredida + (AG 2), sem sinais visíveis de lesão de quem sofreu com, Intimidade			
DADOS DO PARECER:	Data/Hora:	1/1/2020	
Carimbo/Assinatura Solicitante			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	23/05/2020 22:00	ESPECIALISTA:	Neurologia Pediátrica
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	Politrauma		
Carimbo/Assinatura Solicitante			
DADOS DO PARECER:	Data/Hora:	23/05/2020 22:30	
A) UA periorbita com CC e 2cm PR. B) MUVA com RA, supratentorial com AD. C) BNF, RCP, cateter hemodinâmico. D) Glasgow 14, desorientada, responde com estímulos neuromusculares. E) Pelos estáveis; abdome mofoento			
Cá: Sem proposta cirurgia Setor Alta cirúrgica			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			

Orientações: Dr. Adão

**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: **MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545969)
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIAO - RO CEP: 76924-000
Nascimento: 04/12/2011 Idade: 8a5m20d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780024
Requisição: 1096818 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: AIANA CAMILA AMANCIO DE ARAUJO MENDES
Controle: 1520752 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 24/05/2020

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- FRATURA COMINUTA COM AFUNDAMENTO NO OSSO FRONTAL ESQUERDO.
- DELGADO HEMATOMA SUBDURAL AGUDO FRONTAL ESQUERDO.
- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNOIDE AGUDA FRONTAL ESQUERDA.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2020

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591
Profissional Responsável

Tereza Riquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Conferido com Original

**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: **MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545969)
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIAO - RO CEP: 76924-000
Nascimento: 04/12/2011 Idade: 8a5m20d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780024
Requisição: 1096818 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: AIANA CAMILA AMANCIO DE ARAUJO MENDES
Controle: 1520753 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 24/05/2020

T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL VERTEBRAL COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL NORMAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2020

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável

Teresa Raposo Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 056234
SAMB - HUT
Contato com Original

**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: **MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: 545969)
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CASA 13 - VILA NOVA CONQUISTA - NOVA UNIAO - RO CEP: 76924-000
Nascimento: 04/12/2011 Idade: 8a5m21d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780024
Requisição: 1096819 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: AIANA CAMILA AMANCIO DE ARAUJO MENDES
Controle: 1520754 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 24/05/2020

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/05/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Tereza Ruyter Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Compare com Original

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS



ASSINATURA DO TITULAR

marileneoliveira

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DEBIL 2.729.679

DATA DE EXPEDIC 25/07/05

NOME MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

FILIAÇÃO MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA FRANCISCO MIRANDA OLIVEIRA

NATURALIDADE ALTOS-PI

DATA DE NASCIMENTO 14/11/1985

DOC. UNIGEM CERT. NASC. 27801 L A28 F 198

EXP. ALTOS-PI 14/08/00

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 037.833.653-33

Nome MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Nascimento 14/11/1985

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

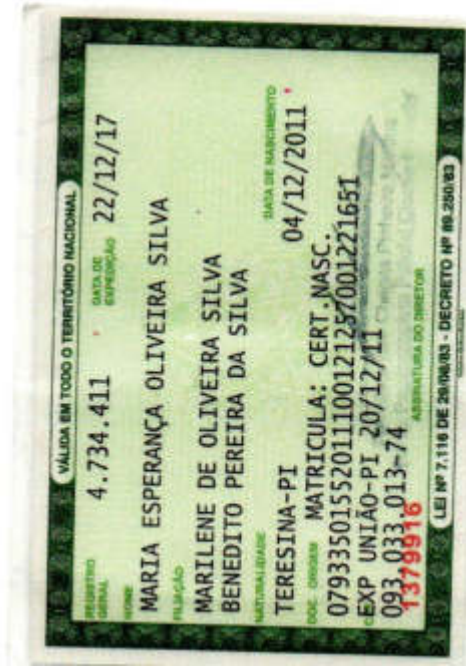
CÓDIGO DE CONTROLE

V1C27QDD.F6DD8D0E.BEEB

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 16:04:03 dia 18/07/2011 hora e data de Brasília) dígito verificador: 00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200343333 **Cidade:** União da Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO MODERADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 995.542 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/03/16

NOME LOURENÇO FERREIRA DE ABREU

FILIAÇÃO JULIA PEREIRA DE OLIVEIRA
ANDRÉ FERREIRA DE ABREU

NATURALIDADE UNIÃO-PI DATA DE NASCIMENTO 10/08/1963

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 3618 L 49 F 90
EXP UNIÃO-PI 28/03/00
CPF 86.871.463-58

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"





0840391

ASSINATURA DO TITULAR

LOURENÇO FERREIRA DE ABREU

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.351.187

DATA DE
EXPIRAÇÃO

31/07/09

Nome

REGINALDO PEREIRA DE SOUZA

FILIAÇÃO

DOMINGAS PEREIRA DE SOUZA
MIGUEL PRAEDES DE SOUZA

NACIONALIDADE

TIMON-MA

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 19285 L 62 F 213
EXP COELHO NETO-MA 23/11/85

TERESINA - PI

DATA DE NASCIMENTO

11/11/1978

Assinatura do titular

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 81.280/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE DEUS MARTINS

POLEGAR DIREITO

Assinatura

REGINALDO PEREIRA DE SOUZA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF

Nome

REGINALDO PEREIRA DE SOUZA

DATA de Nascimento

66/11/11

DATA de Inscrição

643428163-34

CPF

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validado e emitido por terceiro, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

REGINALDO PEREIRA DE SOUZA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 02/03/99

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200343333 **Cidade:** União da Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO MODERADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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: 3200343333 **Cidade:** União da Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO MODERADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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: 3200343333 **Cidade:** União da Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ESPERANCA OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO MODERADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL EM DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DE LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Documentos complementares:

Observações: 130320

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00