

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180524874 **Cidade:** Luzilândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCILENE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO TRANSFEMORAL.
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0405510/18

Vítima: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

CPF: 066.852.843-58

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/03/2017

Titular do CPF: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCILENE ALMEIDA SILVA : 066.852.843-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/11/2018
Nome: FRANCILENE ALMEIDA SILVA
CPF: 066.852.843-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

FRANCILENE ALMEIDA SILVA

JULIANA MARQUES RODRIGUES

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

Nº Sinistro: 3180524874

Vítima: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180524874**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180524874

Vítima: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCILENE ALMEIDA SILVA

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

Boletim de ocorrência

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180524874

Vítima: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180524874 **Vítima: FRANCILENE ALMEIDA SILVA**

Data do Acidente: 08/03/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCILENE ALMEIDA 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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000003137-2

Conta: 0000031533-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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

Autorização de pagamento



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:	Nome completo da vítima:	
------------------------	----------------	--------------------------	--

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

Nome completo: Françilene Almeida Silva		CPF: 066.852.843-58	
Profissão: ESTUDANTE	Endereço: 17 - SANTO AGOSTINHO,	Número: 1165	Complemento: CASA 08
Bairro: ALBERTO SILVA	Cidade: PANAMÁIBA	Estado: PI	CEP: 64209-080
E-mail: francilene_dpvat@outlook.com.br		Tel. (DDD): (86) 99463-7637	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 3137 CONTA: 31533
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Lider 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.

MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Panamáiba - PI, 24 de outubro de 2018**
Nome: **Françilene Almeida Silva**
CPF: **066.852.843-58**

(*) Assinatura de quem assina o RG

Françilene Almeida Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **Ricardo Bento Gomes**
CPF: **062.547.183-08**

Ricardo Bento Bento Gomes
Assinatura

2º | Nome: **Antônio Vieira Correa**
CPF: **052.419.323-95**

Antônio Vieira Correa
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, 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.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



IN



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE LUZILÂNDIA - PI

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 053/2018

1 NATUREZA: ACIDENTE TRANSITO (QUEDA DE MOTO).

2 LOCAL: Povoado Alto Bonito, Prox. Clube, zona rural de Luzilândia/PI.

3 DATA DO FATO: 08/03/2018. HORÁRIO: 21h15min.

4 DATA DO REGISTRO: 22/10/2018 HORÁRIO: 15h17min.

5 VÍTIMA: FRANCILENE ALMEIDA SILVA, RG 3.789.007 SSP/PI, CPF 066.852.843-58, brasileira, piauiense, natural de Luzilândia/PI, estudante, solteira, maior, nascida em 04/03/1998, filha de Francisca Nascimento Almeida e de Bernardo Serrador da Silva, residente na Rua Santo Agostino nº 1165, Casa 06 Alberto Silva, Luzilândia/PI. (86) 99400-2181.

HISTÓRICO

A vítima compareceu a esta Delegacia para comunicar que na hora e local acima citado, quando trafegava conduzindo a motocicleta HONDA/POP 110I, ANO E MODELO 2016/2017, COR VERMELHA, PLACA PIP-8547, RENAVAM 01100995010, CHASSI 9C2JB0100HR503513, licenciada em nome de MARIA IRANEIDE DA SILVA COSTA, vindo do Conj. DNOCS, com destino á cidade de Luzilândia/PI, que passando pelo povoado Alto Bonito prox. Clube zona rural de Luzilândia/PI, caiu ao desviar de um animal (vaca), foi socorrido por terceiros e levado ao Hospital Estadual Gerson Castelo Branco em Luzilândia/PI, onde foi atendida e transferida para o HUT em Teresina/PI. Que em consequência da queda a vítima sofre AMPUTAÇÃO E COBERTURA OSSEA C/ TECIDO MUSCULAR. Conforme extratos em anexos.

Faz o registro a fim de produzir efeitos legais.

Delegacia de Polícia, em Luzilândia/PI, 22 de outubro 2018.

Francilene Almeida Silva.

Vítima.

Fábio Bhering
Delegado de Polícia.

Data do fato
conforme ato e
documentação
médica

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLICIA CIVIL JUDICIARIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE LUZILÂNDIA/PI



DECLARAÇÃO

O FABIO BHERING- Delegado de Polícia Civil, no uso de suas atribuições legais etc.;

RESOLVE:

FRANCILENE ALMEIDA SILVA, RG 3.789.007 SSP/PI, CPF 066.852.843-58, brasileira, piauiense, natural de Luzilândia/PI, estudante, solteira, maior, nascida em 04/03/1998, filha de Francisca Nascimento Almeida e de Bernardo Serrador da Silva, residente na Rua Santo Agostino nº 1165, Casa 06 Alberto Silva, Luzilândia/PI.

Certifico para os devidos fins necessários que a vítima qualificada, após ter sofrido acidente de trânsito em 08/03/2018, ter sido levado por terceiros até o atendimento no Hospital Estadual Gerson Castelo Branco em Luzilândia/PI.

Não teve atendimento pré-Hospitalar na ocasião da ocorrência (acidente de trânsito) em virtude de nesta cidade e municípios circunvizinhos como Joca Marques Morro do Chapeu, Joaquim pires, Matias Olímpio e Esperantina/PI, não existir serviço de atendimento do tipo SAMU, CORPO DE BOMBEIRO E ANJOS DO ASFALTO.

C E R T I F I C A R, como lhe facilita a lei e atendendo a requerimento verbal da parte interessada, que após averiguações, ficou constatado que nesta cidade de Luzilândia-PI e municípios circunvizinhos (supracitados), não existe **INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML**, órgão existente apenas nas cidades de Teresina e Parnaíba.

O referido é verdade e dou fé.

Delegacia de Polícia, em Luzilândia – PI, 22 de outubro de 2018.

Fábio Bhering
Delegado de Polícia
M.R. 345881-3

Fábio Bhering.
Delegado de Polícia Civil.



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE LUZILÂNDIA - PI

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 064/2018

ADITAMENTO

1 NATUREZA: ACIDENTE TRANSITO (QUEDA DE MOTO).

2 LOCAL: Povoado Alto Bonito, Prox. Clube, zona rural de Luzilândia/PI.

3 DATA DO FATO: 08/03/2017. HORÁRIO: 21h15min.

4 DATA DO REGISTRO: 27/11/2018 HORÁRIO: 15h55min.

5 VÍTIMA: FRANCILENE ALMEIDA SILVA, RG 3.789.007 SSP/PI, CPF 066.852.843-58, brasileira, piauiense, natural de Luzilândia/PI, estudante, solteira, maior, nascida em 04/03/1998, filha de Francisca Nascimento Almeida e de Bernardo Serrador da Silva, residente na Rua Santo Agostino nº 1165, Casa 06 Alberto Silva, Luzilândia/PI. (86) 99400-2181.

HISTÓRICO

A vítima compareceu a esta Delegacia para comunicar que na hora e local acima citado, quando trafegava conduzindo a motocicleta HONDA/POP 110I, ANO E MODELO 2016/2017, COR VERMELHA, PLACA PIP-8547, RENAVAM 01100995010, CHASSI 9C2JB0100HR503513, licenciada em nome de MARIA IRANEIDE DA SILVA COSTA, vindo do Conj. DNOCS, com destino á cidade de Luzilândia/PI, que passando pelo povoado Alto Bonito prox. Clube zona rural de Luzilândia/PI, caiu ao desviar de um animal (vaca), foi socorrido por terceiros e levado ao Hospital Estadual Gerson Castelo Branco em Luzilândia/PI, onde foi atendida e transferida para o HUT em Teresina/PI. Que em consequência da queda a vítima sofre AMPUTAÇÃO E COBERTURA OSSEA C/ TECIDO MUSCULAR. Conforme extratos em anexos. Foi alterado o ano no BO devido a um erro de digitação, conforme consta no laudo médico o fato ocorreu em 08/03/2017.

Delegacia de Polícia, em Luzilândia/PI, 27 de novembro de 2018.

Francilene Almeida Silva
Francilene Almeida Silva.

Vítima.

Fábio Bhering
Fábio Bhering
Delegado de Polícia
315661-3

Fábio Bhering
Delegado de Polícia.

RECEBIDO

05 DEZ 2018

Seguradora Lider DPLV

DPL

Rua Hugo de Castro, s/nº, Centro – Luzilândia - PI.
CEP - 64000-160 - Telefone (86) 3393-1348.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA



GOVERNO

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH DO PIAUÍ

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 08/03/14 HORA: 21:15 N° DO TELEFONE: _____HOSPITAL SOLICITANTE: _____ MUNICIPIO: Timon

MÉDICO: _____ CRM: _____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Fernanda Almeida SáNome: fernanda almeida sá Idade: 19 anosData de Nascimento _____ Sexo: () Masculino FemininoCPF: _____ Cartão Nacional de Saúde 84.806.294-3286671

Município de Procedência: _____

HDA: Pelvis visto de canto f. anterolateral com fraturado osso ilíaco e do sacro. Fratura da articulação sacroiliaca.Fratura da articulação sacroiliaca.HD: Timon CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA

- | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Espontânea | 5 - Orientado | 6 - Obedece a comandos |
| <input type="checkbox"/> 3 - Comandos | 4 - Confusa | 5 - Localiza dor |
| <input type="checkbox"/> 2 - À dor | 3 - Palavras inapropriadas | 4 - Movimento de retirada |
| <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma | 2 - Palavras incompreensíveis | 3 - Flexão anormal |
| | 1 - Nenhuma | 2 - Extensão anormal |
| | | 1 - Nenhuma |

SINAIS VITais Tax. 36°C P: 116 bpm R: 16 mmr PA: 110/80 mmHg Sat O₂: 99% Glicemia: 100 mg/dlTax. 36°C P: 116 bpm R: 16 mrm PA: 110/80 mmHg Sat O₂: 99% Glicemia: 100 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- Oxigênio Hidratação Venosa Frascos de 500 ml de Lactato Ringer
- Aspiração Medicação (especificar) _____
- Curativo Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Thiago Coutinho
MEDICO
Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO fev 7

Hospital: _____

Clínica/Posto: _____ Senha: 20140308100699



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Francilene Almeida Silveira

CPF da Vítima

066.852.843-58

Data do Acidente

08.03.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Francílio Araújo Silveira

CPF do Representante legal

059.608.893-07

Email

Telefone (DDD)

(38) 99463-7637

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Pantanal - RJ, 24 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

Francilene Almeida Silveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Assinatura

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
00.640.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1642852-8

Nº da Nota Fiscal: 012694587

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

Comprovante de residência



CONTA/MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2018	30/10/2018	83	81,76

FRANCILENE ALMEIDA SILVA
R. SANTO AGOSTINHO 1165 1165 C 06 ALBERTO SILVA
CPF: 00006685284358
CEP: 64.209-080 - PARNAIBA

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	709	Atual: 23/10/2018
Anterior:	626	Anterior: 20/09/2018
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura: 22/11/2018
Consumo Medido:	83	Emissão: 22/10/2018
Consumo Faturado:	83	Apresentação: 23/10/2018

NORMAL 33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasses	Ligação Número Medidor	Posto	Código fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2017676	1.1.1.1	78
HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA		
Méd/ano consumo SET/18 71 AGO/18 75 JUL/18 63 JUN/18 90 MAI/18 76 ABR/18 69 MAR/18 134 FEV/18 48 JAN/18 0 DEZ/17 0		CONSUMO 83 A R\$ 0,834032 = 69,22 CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO-SIP) 9,02 CORRECAO MONETARIA IG 07/18-00 1,11 MULTA POR ATRASO 07/18-00 1,06 JUROS DE MORA DE IMPO 07/18-00 1,35 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 4,14		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 A 83 - 0,664890				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de
09/2018 68,62 energia elétrica a partir de 07/11/2018. O não pagamento po-
derá ensejar também a inclusão no nome do consumidor na
SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar
este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 4E25.07B6.93C7.A3F9.476E.SD26.6F94.5160

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	14,32	Base de Cálculo:	69,22
Energia:	27,22	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,28	Valor do ICMS:	15,22
Encargos:	4,33	Valor do PIS:	0,68
Tributos:	19,07	Valor do COFINS:	3,17

INDICADORES DE CONTINUIDADE

6,15 12,30 24,60 3,49 6,98 13,95 3,63
0,00 0,00 0,00

PARNAIBA

08/2018 21,87

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1642852-8	81,76
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
10/2018	30/10/2018

Nº da Nota Fiscal: 012694587 FCAM

012694587 0 81760017000 2 00000001642 8 85281018008 7



Declaração do Proprietário do Veículo

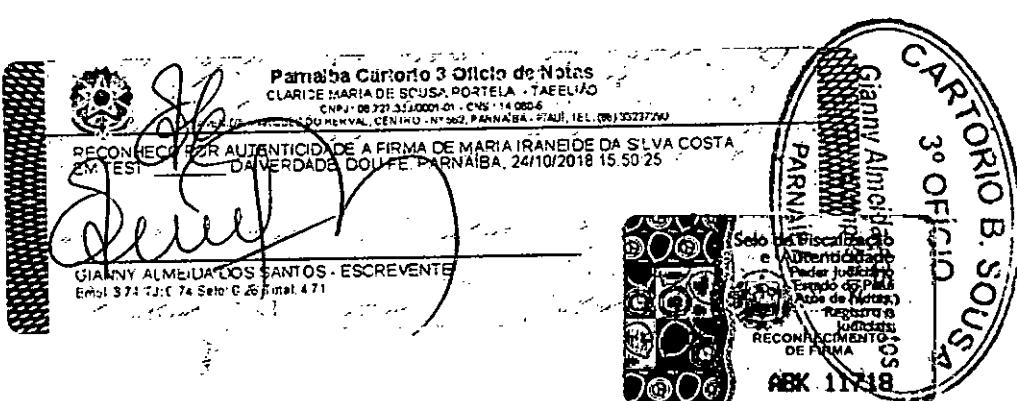
Eu, EDUARDO MARCELO DA SILVA COSTA,
RG nº 1.206.708, data de expedição 16 / 07 / 2013
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 964.269.853-68, com
domicílio na cidade de PONTEIRAS, no Estado de
PI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PRIMATINA CHUMBU, nº 4935,
complemento 27, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EDUARDO MARCELO DA SILVA, cujo o condutor era
EDUARDO MARCELO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 I
Ano: 2016 / 2017
Placa: PIP - 8547
Chassi: 9CZJB0100HLS03513
Data do Acidente: 08.03.2017
Local e Data: bairro Irapuá - PI - 24 DE OUTUBRO DE 2018.

maria Iracema da Silva Costa
Assinatura do Declarante

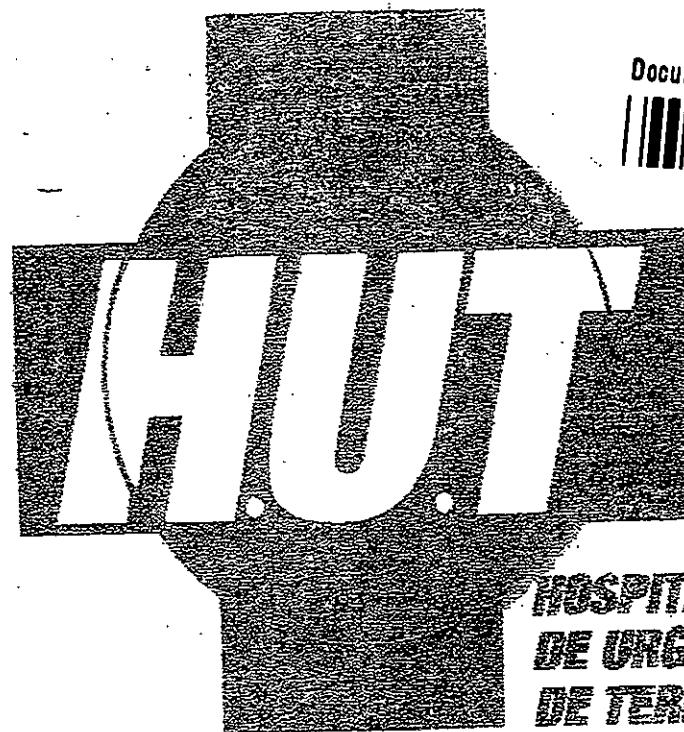
Assinatura do Declarante

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



Alta

Documentação médica - hospitalar



NOME DO PACIENTE: Francilene Almeida Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 153382

SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820, Redenção - Fone: 86-3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Até pide

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 09/03/2017 01:54:40

(User: MARCO ROCHA)

(Estação: ACCR01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCILENE ALMEIDA SILVA		Frontuário: 153382
Mãe: FRANCISCA NASCIMENTO ALMEIDA	Pai: BERNARDO SERRADOR DA SILVA	
End. Resid.: RUA JOAO CARVALHO N2350 - ITARARE 1 - LUZILANDIA - PI - CEP: 64160-000		
Nascimento: 04/03/1998	Idade: 19a:0m:5d	Sexo: Feminino Fone: 86-98183-3008
Responsável: IGO DE BRITO	CNS: 704207762292581	
Profissão:	Documento:	
G. Instrução: Fundamental Completo	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local:		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 597677	Data: 09/03/2017 01:47:05	Condução: AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Tipico: Não
		CID Secundario: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor intensa	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
--	-------------------------------	--------------------------	------------------------

Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM TRAUMA IMPORTANTE, FRATURA EXPOSTA EM PERNAS DIREITA EXANGUINANTE. ESCORIAÇÕES. FERIMENTO NA FACE. ECG:IS. CEFALÉIA LEVE.	Profissional Clas. Risco: MARCO ANTONIO VERAS ROCHA CRMPI 274043 Em: 09/03/2017 01:54:40
--	--

DADOS CLÍNICOS: (Hora: : :)

Paciente vítima de acidente automóvel há 6 horas.
Pac apresenta lesões na perna direita com extensão distal.

CP: A3 CC

PA: X mmHg	Pulso: bpm	Dr. Cleber Magalhães Ortopedia / Traumatologia CRMPI 3321.SBOT 12681	Temp.:
Diagnóstico Inicial:		CID:	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de Múltiplos Traumas Direitos

Nelson Martins de Castro Neto
Matr.: 11001
HME-HUT

Confere com Originais

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Se Internação, indique o procedimento e CID	
DATA: / /	HORA: :	Procedimento:
		CID:

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



NOME DO PACIENTE

FRANCILENE ALMEIDA SILVA

MÉDICO ASSISTENTE

Dr. Giedeano Cronemberger / Dr. Yuri Hugo Filho / Dr. Ricardo S. Valente / Dr. Paulo H. L. Passos Filho

CRM42 / CRMPI0029 / CRMPI3908 / CRM3766-TESTI11305 / CRM3367-

Cirurgião / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

Agente / Agente / Agente / Agente

11/12/2017 / 11/12/2017 / 11/12/2017 / 11/12/2017

DATA/HORA CÓDIGO	PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO!	MÉDICO ASSISTENTE
			HORÁRIOS			OBSERVAÇÕES
DI : 08/03/2017 AMPUTAÇÃO TIBIA D				09:35' PA - 110X80 mmHg		
06/04/17				4- 37°C : Cervical 38.9° Cervical 36.9° Cervical 36.9° Cervical 36.9°		
1 Dieta oral livre	Visto Núm... Luciane Marinho CRM/PI 10533/					
2 gelco salinizado						
3 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h				10:30 chute ur. fumado		
4 metronidazol 500mg + AD EV 8/6h				14:00 18/06		
5 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs				15 18 19 20/06		
6 Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs				16 17 18 19 20/06		
7 Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN				17 18 19 20/06		
8 Plasili _ 10mg 01 amp + AD EV 8/8h S/N /				18 19 20/06		
9 Lique mine 5000UI _ 0,25ml SC 12/12hs				19 20/06		
10 diazepam 5mg 01 comp VO a noite				21 22 23 24/06		
11 Cuidados gerais e sinais vitais				25 26 27 28/06		
12 CONSET DE Glucosa				29 30 31/06		
				01 02 03 04/07		
				05 06 07 08/07		
				09 10 11 12/07		
				13 14 15 16/07		
				17 18 19 20/07		
				21 22 23 24/07		
				25 26 27 28/07		
				29 30 31/07		
				01 02 03 04/08		
				05 06 07 08/08		
				09 10 11 12/08		
				13 14 15 16/08		
				17 18 19 20/08		
				21 22 23 24/08		
				25 26 27 28/08		
				29 30 31/08		
				01 02 03 04/09		
				05 06 07 08/09		
				09 10 11 12/09		
				13 14 15 16/09		
				17 18 19 20/09		
				21 22 23 24/09		
				25 26 27 28/09		
				29 30 31/09		
				01 02 03 04/10		
				05 06 07 08/10		
				09 10 11 12/10		
				13 14 15 16/10		
				17 18 19 20/10		
				21 22 23 24/10		
				25 26 27 28/10		
				29 30 31/10		
				01 02 03 04/11		
				05 06 07 08/11		
				09 10 11 12/11		
				13 14 15 16/11		
				17 18 19 20/11		
				21 22 23 24/11		
				25 26 27 28/11		
				29 30 31/11		
				01 02 03 04/12		
				05 06 07 08/12		
				09 10 11 12/12		
				13 14 15 16/12		
				17 18 19 20/12		
				21 22 23 24/12		
				25 26 27 28/12		
				29 30 31/12		
				01 02 03 04/01		
				05 06 07 08/01		
				09 10 11 12/01		
				13 14 15 16/01		
				17 18 19 20/01		
				21 22 23 24/01		
				25 26 27 28/01		
				29 30 31/01		
				01 02 03 04/02		
				05 06 07 08/02		
				09 10 11 12/02		
				13 14 15 16/02		
				17 18 19 20/02		
				21 22 23 24/02		
				25 26 27 28/02		
				29 30 31/02		
				01 02 03 04/03		
				05 06 07 08/03		
				09 10 11 12/03		
				13 14 15 16/03		
				17 18 19 20/03		
				21 22 23 24/03		
				25 26 27 28/03		
				29 30 31/03		
				01 02 03 04/04		
				05 06 07 08/04		
				09 10 11 12/04		
				13 14 15 16/04		
				17 18 19 20/04		
				21 22 23 24/04		
				25 26 27 28/04		
				29 30 31/04		
				01 02 03 04/05		
				05 06 07 08/05		
				09 10 11 12/05		
				13 14 15 16/05		
				17 18 19 20/05		
				21 22 23 24/05		
				25 26 27 28/05		
				29 30 31/05		
				01 02 03 04/06		
				05 06 07 08/06		
				09 10 11 12/06		
				13 14 15 16/06		
				17 18 19 20/06		
				21 22 23 24/06		
				25 26 27 28/06		
				29 30 31/06		
				01 02 03 04/07		
				05 06 07 08/07		
				09 10 11 12/07		
				13 14 15 16/07		
				17 18 19 20/07		
				21 22 23 24/07		
				25 26 27 28/07		
				29 30 31/07		
				01 02 03 04/08		
				05 06 07 08/08		
				09 10 11 12/08		
				13 14 15 16/08		
				17 18 19 20/08		
				21 22 23 24/08		
				25 26 27 28/08		
				29 30 31/08		
				01 02 03 04/09		
				05 06 07 08/09		
				09 10 11 12/09		
				13 14 15 16/09		
				17 18 19 20/09		
				21 22 23 24/09		
				25 26 27 28/09		
				29 30 31/09		
				01 02 03 04/10		
				05 06 07 08/10		
				09 10 11 12/10		
				13 14 15 16/10		
				17 18 19 20/10		
				21 22 23 24/10		
				25 26 27 28/10		
				29 30 31/10		
				01 02 03 04/11		
				05 06 07 08/11		
				09 10 11 12/11		
				13 14 15 16/11		
				17 18 19 20/11		
				21 22 23 24/11		
				25 26 27 28/11		
				29 30 31/11		
				01 02 03 04/12		
				05 06 07 08/12		
				09 10 11 12/12		
				13 14 15 16/12		
				17 18 19 20/12		
				21 22 23 24/12		
				25 26 27 28/12		
				29 30 31/12		
				01 02 03 04/01		
				05 06 07 08/01		
				09 10 11 12/01		
				13 14 15 16/01		
				17 18 19 20/01		
				21 22 23 24/01		
				25 26 27 28/01		
				29 30 31/01		
				01 02 03 04/02		
				05 06 07 08/02		
				09 10 11 12/02		
				13 14 15 16/02		
				17 18 19 20/02		
				21 22 23 24/02		
				25 26 27 28/02		
				29 30 31/02		
				01 02 03 04/03		
				05 06 07 08/03		
				09 10 11 12/03		
				13 14 15 16/03		
				17 18 19 20/03		
				21 22 23 24/03		
				25 26 27 28/03		
				29 30 31/03		
				01 02 03 04/04		
				05 06 07 08/04		
				09 10 11 12/04		
				13 14 15 16/04		
				17 18 19 20/04		
				21 22 23 24/04		
				25 26 27 28/04		
				29 30 31/04		
				01 02 03 04/05		
				05 06 07 08/05		
				09 10 11 12/05		
				13 14 15 16/05		
				17 18 19 20/05		
				21 22 23 24/05		
				25 26 27 28/05		
				29 30 31/05		
				01 02 03 04/06		
				05 06 07 08/06		
				09 10 11 12/06		
				13 14 15 16/06		
				17 18 19 20/06		
				21 22 23 24/06		
		</td				



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

235

DATA 22/03/17

NOME DO PACIENTE:	<u>Francilene Almeida Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>15.3382</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: <u>LNC</u>		
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Lacerda</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>Esteticista</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dr. Peixoto</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Gloria</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7,0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7,5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>04</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>300</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>500</u>	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	<u>300</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>300</u>		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	<u>05</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>60</u>		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>08</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletrodos - 05</u>	<u>Nemésio Martins</u>	<u>Castro Neto</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Cocavas - 02</u>	<u>Martins</u>	<u>0691</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Cepom - 04</u>	<u>SAME-UT</u>		
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<u>Pomada colagenase - 1 tubo</u>	<u>Confere com Original</u>		
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>Patricia Fontenelle</u>		
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Fábio Henrique Amorim Lima

Diagnóstico pré-operatório

ISL COTO Aneurisma -

Operação - Tipo

Lapar

Cirurgião

Dr. Leocádio Soares
CRM-PB 14468 TECI 12409

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Fla

Anestesiista

Jr. Cai

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

22/3/17

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

→ NÃO rotulou aula Aneurisma om coto
DE Aneurisma Doublo PCTE por

forte uso de Clivane (Dico, heparina)
Hose.

Acidente Durante a Operação

Nemilio Martins da Costa Neto
Matrícula 70691
SAME-HUT
Confere com Original

Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Fazendo em DTH, sob anest.
- ② Anepic + anti seps + com campo estér.
- ③ Sistêmico + IMC em túnica com SFO. 5Y.
- ④ Apurando de partes suspeitas
- ⑤ Cerrando
- ⑥ Aferida

Dr. Leocádio Soares
CRM-PB 14468 TECI 12409

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE						Nº DE REGISTRO
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO						
SISTEMA RESPIRATÓRIO						
SISTEMA DIGESTIVO						
ESTADO MENTAL						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						
	OXIGÊNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	C° 260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO	38					SEQUÊNCIA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS						INCIDENTE - ACIDENTE Nemésio Martins de Castro Neto Matrícula: 70891 SAMBUHUT Confere com Original CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		<i>Fernandene Almeida Sales</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	153382	
22/03/17	110x80							
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CIRCULATÓRIO							ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO							ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO	<i>jejum > 5h</i>			SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	<i>Anestesia MD</i>			FÍSICOS				
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	<i>MD 15g</i>			APLICADO AS	EFEITOS			
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3	<i>20</i>					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100							
TEMPERATURA T	260 240 2 38 200 180 160 1 140 120 100 80'							
P. ARTERIAL V O PULSO	260 240 2 38 200 180 160 1 140 120 100 80' 60 40 20 10						SEQUÊNCIA <i>1 Sedo crise 2 Assedio/11-558 3 Requie 4 5 6 ACP 7 8 9 10 11 12 13 14 15</i>	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	<i>11:00/12:30</i>					DURAÇÃO		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	<i>11:00/12:30</i>							
RESPIRAÇÃO O	<i>11:00/12:30</i>							
SÍMBOLOS								
TÉCNICAS	<i>Reque anestesia</i>					INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES	<i>Bempe 10' Cate Anestesia</i>							
CIRURGIÕES	<i>Deocadis</i>							
ANESTESISTAS	<i>Cave</i>							
							<i>Caio de Melo Sales Matr. 24401</i>	<i>Nemésio Martins de Castro Neto Matrícula: 70691 SAME-HUT Confere com Original</i>
							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
PARTICULARIDADES								



**FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico



235

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 13/03/2012

NOME DO PACIENTE:	Janeletha Almeida	PRONTUÁRIO Nº:	153 392
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	W. legna	Nº DA SALA:	01
CIRURGÃO:	D. Jamerson	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Rafael	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Milena	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	211	UNID.	02
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 8.0		PAR	04
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.7		PAR	09
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO		PAR	06
ALCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE		ML	100
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO		ML	100
ÁGUA OXIGENADA	ML	10		PVPI TINTURA		ML	50
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC		UNID.	—
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC		UNID.	—
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC		UNID.	01
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC		UNID.	—
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO		FRASCO	06
GASES	PAC.	09		SONDA URETRAL		UNID.	
JELCO Nº	20	01		Algas poato		—	02
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Preserv	nd	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				transfusão	nd	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				oxigênio	nd	01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				infecção	nd	01	
ALCOFIL				infeccão	nd	01	
MONONYLON				infeccão	nd	01	
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE: Cecília			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

n° 153392

Nome do Paciente	Broncilene Almeida		
Diagnóstico pré-operatório	Amputação de perna + Lesão		
Operação - Tipo	Ortopedia / Traumatologia		
Cirurgião	Dr. Zenon Rocha	Assinante	Assinante
2º Assinante		3º Assinante	
Instrumentador(a)	Milene	Anestesista	Dr. Vane
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação	<p>Nemésio Martins de Castro Neto Matrícula: 10991 SAMC-HUT Confere com Original</p>		
<p>Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>paciente em ddr ls vaginale feita ① Rins opsi + Aspiras Colocada de corpos livres. ② Retirado tecido necrosado muscular, jile etc + Os ferimentos fechados por venas osseos fáscia ③ Lire + sutura para sangue aprovado</p>			

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE				Nº DE REGISTRO		
Francine Kneicen						
DATA: 13.03.17	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA ASA 2						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>grau II</i>						
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>Anusp. MED malo</i>						
SISTEMA DIGESTIVO <i>Exantema difuso. Sangue</i>						
ESTADO MENTAL						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO				TOTAL DE DOSES	
1	<i>100% 11 h</i>					
2	<i>100% 11 h</i>					
3	<i>100% 11 h</i>					
LÍQUIDOS	SO-UTO 400	500	11 h			
	SANGUE 300	400				
	OUTROS 200	300				
TEMPERATURA T	C°	260				
P. ARTERIAL V O PULSO		240				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		200	277	177		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		180				
RESPIRAÇÃO O		160				
SÍMBOLOS		140				
TÉCNICAS	<i>Rasgos</i>					
OPERAÇÕES	<i>Residencial com</i>					
CIRURGIÓES	<i>J. Ferreira</i>					
ANESTESISTAS	<i>J. Ferreira</i>					
PARTICULARIDADES						
INCIDENTE - ACIDENTE <i>José Martins de Castro Matrícula: 70891 SAMU HUT Confere com Origem</i>						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS <i>Lena Parente Gadelha ANESTESISTA CRM-3544</i>						



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 09/03/2017

NOME DO PACIENTE:	<u>Froneilene Almeida Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>153382</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	<u>Rugul</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIAO:	<u>Claudio Aurelio</u> <small>Dr. Claudio Nogueira Cirurgião Traumatologista CRM-PI 12681</small>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>Bolsista: Sora</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Edoardo José</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Ana Glaysses</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	—		LÂMINA DE BISTURI <u>N.24</u>	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>6450</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>710171577</u>	PAR	<u>05</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>07</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>300</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>200</u>		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	<u>05</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO <u>500ml</u>	FRASCO	<u>100</u>	
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Electrodo</u>	UNID.	<u>03</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <u>- crepitação</u>	UNID.	<u>05</u>	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG					UNID.	<u>04</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL <u>n.80</u>	UNID.	<u>01</u>					
MONONYLON <u>n.2,0</u>	UNID.	<u>04</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>n.2,0</u>	UNID.	<u>03</u>		CIRCULANTE: <u>Nilza Rego</u>			
PROLENE							

Jeníssia Martins de Castro Neto
Matrícula: 70091
SAMM-HUT
Confere com Original



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HÓSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Francilene Almeida Siqueira</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Amputação traumática perna D</u>		
Operação - Tipo <u>LNC</u>	<u>Dr. Cláudio Nogueira +</u> <small>CRM-PI 3321 SBOT 12681</small>	<u>Regulargiocios da Coto (Amputação)</u>
Cirurgião <u>Marcos Henrique Nogueira</u>	1º Assistente <u>Bonifácio Soárez</u>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <u>Ana Cláudia</u>	Anestesista <u>Dr. Aldo José da Silva</u> <small>Médico Anestesiologista CRM-PI 4482</small>	Anestesia
Data da Operação <u>09/03/17</u>	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <u>Ondas</u>		

Relatório Imediato do Patologista	
Acidente Durante a Operação	Nemesio Martins de Castro Neto Matrícula: 70691 SAME-HUT Confere com Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Pcl em VD/H rol anterior
- ② Anegruia + Ant. nigris + Campos estériles
- ③ LNC amputando c/ SFO, 9/.
- ④ Regulargiocios coto de amputação + ligadura de varas sanguíneas.
- ⑤ Suturar com conjecções de casca
- ⑥ Curativo

Dr. Cláudio Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 3321 SBOT 12681

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE						
NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
07/03/12	90 mmHg	90 mmHg	16/min			
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	Muito bom e de ventilação adequada			07/03		
SISTEMA CIRCULATÓRIO	BPAF 110 mmHg			ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO	Muito bom e de ventilação adequada			ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO	MAGE	
ESTADO MENTAL	Lucido			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO	Fratura exposta - Esterno			FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	02/00			05 L TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				Vitamina C MgCl2 Citrato de K PAC 11 C	
TEMPERATURA T	C° 38	260				SEQUÊNCIA
P. ARTERIAL V O		240				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
PULSO		2				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		200				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		180				
RESPIRAÇÃO O		160				
SÍMBOLOS					DURADAÇÃO	
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES	Dr. Aldo José da Silva			Mário Castro Neto		
CIRURGIÕES	Cirurgião 1/3 Lobo (L)			Matrícula: 70891		
ANESTESISTAS	Anestesista 1/3 Júnior			SAME-HUT		
Dr. Aldo José da Silva Médico Anestesiologista CRM-PIA4482			Confere com Original			
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						
PARTICULARIDADES						



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

235

DATA 30/03/2019

NOME DO PACIENTE:	<u>Funcilene Almeida Silva</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>153382</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: <u>Desvertebracular M.I</u>		
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Nº DA SALA:	<u>04</u>
CIRURGÃO:	Dr. Frederico Araújo Leite <u>Frederico</u> Ortopedia e Traumatologia	CPF N°:	
AUXILIAR:	Cirurgia da Coluna Vertebral CRM-PI 3716 TEC 19299	CPF N°:	
ANESTESIA:	<u>Maurindo - 474</u>	Dr. Laurindo Raulino Filho	<u>068972903-00</u>
INSTRUMENTADORA:	<u>Toue</u>	Médico Anestesiologista CRM-PI 474 / CPF: 068.972.903-00	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	24	UNID.	01
AGULHA 30X8	UNID.	<u>03</u>		LUVA Nº 7,5		PAR	04
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº 6,5		PAR	01
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO		PAR	06
ALCOOL 70%	ML	<u>300</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>300</u>	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	<u>300</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>30</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>03</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>05</u>	
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <u>Nenhum</u>			<u>02</u>
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Morfol</u>			
PROLENE	0	<u>05</u>					

Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70091
SAMM-HUT
Confere com Original

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Funcionário Almeida Sales

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

regularização coto amputação perna (1)

Cirurgião

Frederico Dr. Frederico Arribalzaga Leite

1º Assinante

2º Assinante

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral

2º Assinante

Leopoldo (21)

Instrumentador(a)

Jorge

CRM-PI 3718 / EOT 12489

3º Assinante

Anestésico(a)

Dr. Lauroaldo Raulino Filho
CRM-PI 4741 / CPF: 063.972.903-0

Anestesia

Rogue

Data da Operação

30/10/2017

Inicio

14:50

Fim

15:40

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Dr. Martins de Castro Neto
Matrícula: 70891
SAMM-HUT
Confere com Original

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Pcte em DDK sob anestesia
2. Asepsia, antisepsia, colocações campo estéril
3. Desbridamento tecido desvitalizado, uso abundante c/ SF 0,9%
4. Regularização coto amputado e cobertura ósea e tecido muscular
5. Sutura e curativos

En'A RP Dr. Frederico Arribalzaga Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM-PI 3718 / EOT 12489

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA						HUT	
UNIDADE DE SAÚDE							
NOME DO PACIENTE						Nº DE REGISTRO	
DATA: 30/03/15		P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO							
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
SISTEMA DIGESTIVO							
ESTADO MENTAL							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T		260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 0					
P. ARTERIAL V O PULSO		38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							
						DURAÇÃO	
TÉCNICAS						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES						Reagente de Coombs e aglutinação direta	
CIRURGIÕES						Dr. Luiz Antônio Ribeiro Filho	
ANESTÉSISTAS						Dr. Luiz Antônio Ribeiro Filho	
CRM-PI 1474 / CPF: 068.972.903-22 Nenhum paciente teve reação adversa						Médico Anestesiologista	
CRM-PI 1474 / CPF: 068.972.903-22 Nenhum paciente teve reação adversa						CRM-PI 1474 / CPF: 068.972.903-22 CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
PARTICULARIDADES							



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

DATA 06 / 04 / 17

NOME DO PACIENTE: Francilene Almeida Siqueira		PRONTUÁRIO N°: 153382
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA:	Jr. Aldo	Nº DA SALA: 02
CIRURGIÃO:	Dra Ayrane Reis Costa Rego	CPF N°:
AUXILIAR:	Ricardo Rego Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 353/CEM-MA 688	CPF N°:
ANESTESIA:	Raque	CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	Gentilma	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
GULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 710	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 715	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	07		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO N° 20	UNID.	01		esporom	"	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				• Eletrodo —	unid	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.					"	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				• Escovas —			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: Confere com Original			
VICRYL				CIRCULANTE: Alcantara			
PROLENE							

Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70891
SAMF-HUT



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Amputação transversal

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assinante

Instrumentador(a)

Anestésico(a)

Data da Operação

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em W/A sob anestesia
- 2) Aspira e antissepsia
- 3) Fimbra externa
- 4) Fecho para regularização
- 5) Drenos
- 6) Curativos

Nemerson Martins de Castro Neto
Matrícula: 70931
FAIME-HUT

Conferiu com Original

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO			
DATA:	06/04/12	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA			
EXAMES DE URINA									
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA									
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA					
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA / BRONQUITE					
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO					
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS					
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)				APLICADO AS		EFEITOS			
TOTAL DE DOSES									
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3							Ureto Hemoperitoneo Oncologico Alcool	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100							Agua Sangue Saline	
TEMPERATURA T	C° 38	260							Gas
P. ARTERIAL V O		240							
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		200							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		180							
RESPIRAÇÃO O		160							
SÍMBOLOS		140							
TÉCNICAS	120							SEQUÊNCIA	
OPERAÇÕES	100							1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
CIRURGIÕES	80							Benzodiazepinicos 0,5%	
ANESTESISTAS	60							DURAÇÃO	
Dr. Aldo José da Silveira Médico Anestesiologista CRM-PI 14482	40							INCIDENTE - ACIDENTE	
PARTICULARIDADES	20							Nemésio Martins de Castro Neto Matr. 0891 SAMU-HUT Confere com Original	
	10							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA

15/05/71

NOME DO PACIENTE:	J. G. LIMA			PRONTUÁRIO N°:	
DIAGNÓSTICO:	Infarto agudo do miocárdio			CIRURGIA:	Revisão de coto de amputação
ANESTESIA:				Nº DA SALA:	05
CIRURGÃO:				CPF N°:	
AUXILIAR:				CPF N°:	
ANESTESIA:				CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Benedita			CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI n. 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 6,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE m. 25	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	—		CREPOM	UNID	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletrodos 05 Unid			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escovas 03 Unid			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Lata h. 8,0 01 Unid			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	0	05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: CG			
VÍCRYL				CIRCULANTE: Wanda			
PROLENE							

Nemésio Antônio da Costa
Matrícula: 70891
SAM SHUT
Confere com Original

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	<i>Perilme Freitas do</i>		
Diagnóstico pré-operatório	<i>infarto do miocárdio com óptica coro.</i>		
Operação - Tipo	<i>revascularização miocárdica</i>		
Cirurgião	<i>DURVAL RICARDO CASTRO NETO CRM-PI-1995 CRM-MA-3006</i>	1º Assinante	<i>Ricardo Valença Ortopedia e Traumatologia CRM-3766 ZENON 11305</i>
2º Assinante		3º Assinante	
Instrumentador(a)	<i>CRM-PI-1995 CRM-MA-3006</i>	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)			
Data da Operação	<i>11/06/11</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação	<i>Nemésio Marinho de Castro Neto</i> <i>Matrícula: 70891</i> <i>SANSHUT</i> <i>Carteira em Original</i>		
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO <i>(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</i>			
<i>fez art DSIH ob ender</i> <i>mtg mto c dce lgo</i> <i>resto lato + repleto</i> <i>par Dr. Ricardo</i> <i>outros</i>			
<i>Dr. Ricardo Valença</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM-3766 ZENON 11305</i>			

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO			
Nome do paciente <i>Francisco Almeida Lobo</i>								
DATA <i>15/04</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CIRCULATÓRIO							ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO							ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							FÍSICOS <i>5 A III</i>	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS <i>LES</i>		
					TOTAL DE DOSES			
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3 <i>Inf</i>	100% 60% 40% 20%	100% 60% 40% 20%	100% 60% 40% 20%	<i>Metocarbamol 500g per dia 500mg</i>			
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	<i>1/2</i>	<i>1/2</i>	<i>1/2</i>	<i>Bixa peroxeto 750mg propranolol 60mg</i>			
TEMPERATURA T	C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80	38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80	<i>SEQUÊNCIA 1. Antes de 10 min 2. Período LES 3. Preoperatório 4. Monitorização 5. Anestesiologia 6. Desenvolvimento 7. Pós-operatório 8. Pós-les 9. Pós-les 10. BESA 11. Sedativo 12. RCP 13. RCP 14. RCP 15. RCP</i>			
P. ARTERIAL V O PULSO	140 120 100 80	140 120 100 80	140 120 100 80	140 120 100 80				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	100	100	100	100				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	80	80	80	80				
RESPIRAÇÃO O	60 40 20 10	60 40 20 10	60 40 20 10	60 40 20 10				
SÍMBOLOS							DURAÇÃO	
TÉCNICAS <i>BSA (Pomerk) infusão de pd poli, prn, g, 1625 (un me)</i>							INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <i>Amputação coto pmo bienta conditonal</i>								
CIRURGIÕES <i>Dra. D.</i>								
ANESTESISTAS <i>Dr. Eduardo Ramalho Anestesiologista CRM-PI 4990</i>								
PARTICULARIDADES							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



FMS
Fundação Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO

USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série

Série A - 515213

Caderno da Unidade de Saúde
U.S.D. ARCOVERDE
URGÊNCIA
05.522.917/0015-75
Q. 250 - CASA 50 - DIRECII
TERESINA - PI - 6215-9206

Nome do paciente

Franckline de Almeida Salve

Número de Prontuário

Endereço

Bairro

7

Use tópico

① Dersone _____ 1 fuso
Aplicar sobre o ferimento 2x/dia.

Use Ocre

② Profenid 100 mg _____ 1cx
Tomar 1cp. 12/12h. (5 dias).

Data

05/05/17

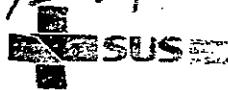
Carimbo e assinatura do(a) profissional



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina



Fundação Municipal de Saúde



Francilene

235/247

RECEITUÁRIO
USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

1^a VIA - FARMÁCIA

2^a VIA - PACIENTE

Paciente:

Endereço:

USO INT.

Identificação da Unidade de Saúde

CNPJ 05.522.917/0022-02

Hospital de Urgência de Teresina
Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Oton Tito, 1820 - Redenção

CEP 64017-775 • Teresina - PI

Cefalexina 500mg _____ 28 comp
Tomar 1 comprimido via oral 6/6hs por 7 dias

Arflex Retard 200mg _____ 1Cx
Tomar 1 cápsula via oral 1x ao dia por 7 dias

ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS: Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Cirurgia Realizada pelo Dr. _____

Teresina

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11305
ortoclinica
Tel: 9.83824 - Bloco e Assinatura do Médico



HOSPITAL ESTADUAL
GERSON CASTELO BRANCO
LUZILÂNDIA – PI.



BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL E DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

Francilene Almeida Silva

SEXO:

MASC.

FEM.

DATA DE NASCIMENTO:

04-03-98

PROFISSÃO:

ESTADO CIVIL:

FILIAÇÃO:

PAI: Bernardo Serrador da Silva

MÃE: Francilene Almeida

ENDERECO:

Rua General da Paz

ESTADO:
PI

MUNICÍPIO:

Luzilândia

BAIRRO:

CEP:
64.160.000

Nº CNS:

898002943286671

Nº R.G.:

3.789.907

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO:

08-03-17

HORA:

2115

TELEFONE:

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

TRATAMENTO REALIZADO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- CONSULTA BÁSICA >
- AEROSOL >
- DRENAGEM DE ABCESSO / FLEIMÃO >
- RÉTIRADA DE CORPO ESTRANHO >
- PEQUENA CIRURGIA >
- SUTURA SIMPLES >
- SUTURA C/ DEBRIDAMENTO >
- LIMPEZA DE FERIDA INFECTADA >
- ELETROCAUTERIZAÇÃO >
- TERAPIA MEDICAMENTOSA >
- PACIENTE EM OBSERVAÇÃO >

NOME DO ACOMPANHANTE:

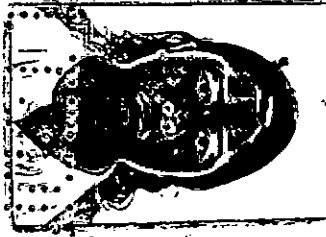
DATA: 04/03/2017

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Francilene Almeida Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
066.852.843-58

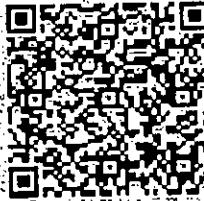
Nome
FRANCILENE ALMEIDA SILVA

Nascimento
04/03/1998

Documentos de identificação



CÓDIGO DE CONTROLE
E340.734E.2DB6.7DEC



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:14:49 do dia 03/08/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO
GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.789.007

DATA DE
EXPEDIÇÃO

24/08/12

NOME
FRANCILENE ALMEIDA SILVA

FILIAÇÃO

**FRANCISCA NASCIMENTO ALMEIDA
BERNARDO SERRADOR DA SILVA**

NATURALIDADE

Luzilândia - PI

DATA DE NASCIMENTO
04/03/1998

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 21505 L A58 E 292V

EXP. LUZILÂNDIA - PI - 21/12/98

CPF

TERESINA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

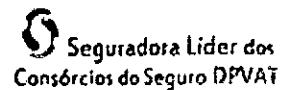
Edson José de Moraes

Com. de Moraes

Assinatura do Diretor

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO



ASL-0405510/18

Vítima: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

Data do acidente: 08/03/2017

CPF: 066.852.843-58

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCILENE ALMEIDA

SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCILENE ALMEIDA SILVA : 066.852.843-58

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/11/2018
Nome: FRANCILENE ALMEIDA SILVA
CPF: 066.852.843-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

FRANCILENE ALMEIDA SILVA

JULIANA MARQUES RODRIGUES

SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

MORTE INVALIDEZ PERMANENTE DAMS

VÍTIMA Francklene Ribeiro Souza

DATA DO ACIDENTE 08/03/2017 POSSUI CPF SIM NÃO Nº CPF 066.852.843 - 58

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- CPF do Representante Legal (cópia simples)
- Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada Sim Não
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada Sim Não

Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de

sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML

Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

Documento de identificação da vítima (cópia simples)

Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de

terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada Sim Não
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)

Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

Documento de identificação da vítima (cópia simples)

CPF da vítima (cópia simples)

Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de

terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada Sim Não
 Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: Sim Não

Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

Documento de identificação da vítima (cópia simples)

CPF da vítima (cópia simples)

Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)

CPF de todos os beneficiários (cópia simples)

Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).

Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: Sim Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)

Declaração de Cônjugue (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

Declaração de dependentes junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge

Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FIHOS(A) OU NETO(A))

Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

Declaração de Únicos Herdeiros (original)

Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)

Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome)

Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal - CPF do portador _____

E-mail: francklene_bru@o2sol.com

Data: 25/10/2018 Assinatura: francklene_bru@o2sol.com

Tel: _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): Campanha Josenilda de Souza Oliveira

Atendente: _____ Agente de Correios - Atendente: _____

Data: _____ Assinatura: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0405510/18

Número do Sinistro: 3180524874

Vítima: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

Data do acidente: 08/03/2017

CPF: 066.852.843-58

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCILENE ALMEIDA
SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

Outros



ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/17/2018
Nome: FRANCILENE ALMEIDA SILVA
CPF: 066.852.843-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2018
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

FRANCILENE ALMEIDA SILVA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

21/11/2018 - BANCO DO BRASIL - 17:12:34

313703137 SEGUNDA VIA 0016

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

AGENCIA: 3137-2 CONTA: 31.533-8

=====

DATA DA TRANSFERENCIA 21/11/2018

NR. DOCUMENTO 600.023.000.053.754

VALOR TOTAL 20,00 ***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABRICIO ARAUJO GALENO

AGENCIA: 0023-X CONTA: 53.754-3

NR. DOCUMENTO 603.137.000.031.533

=====

NR.AUTENTICACAO 1.A60.C2D.222.ACF.303

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180524874 **Cidade:** Luzilândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCILENE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO TRANSFEMORAL.
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0405510/18

Número do Sinistro: 3180524874

Vítima: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

CPF: 066.852.843-58

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/03/2017

Titular do CPF: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 10/12/2018

Nome: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

CPF: 066.852.843-58

Data do cadastramento: 10/12/2018

Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

CPF: 760.547.217-04

FRANCILENE ALMEIDA SILVA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

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: 29/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03137-2

CONTA: 00000031533-8

Nr. da Autenticação 11C4BFAB5D20A47E