

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/03/2017

Titular do CPF: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCILENE ALMEIDA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Carta nº 13616473



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 contado 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

Carta nº 13618937





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**

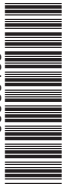
Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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



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, 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





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: FRANCILENE ALMEIDA SILVA CPF: 066.852.843-58
Profissão: ESTUDANTE Endereço: 17 - SANTO AGOSTINHO Número: 1165 Complemento: CABA 08
Bairro: ALBERTO SILVA Cidade: PARNAGUAÍBA Estado: PI CEP: 64209-080
E-mail: FRANCILENE - DPVAT@OUTLOOK.COM Tel.(DDD): (86)99463-7637

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3137 2 CONTA: 31533 8
(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 que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: PARNAGUAÍBA - PI, 24 de OUTUBRO 2017
Nome: FRANCILENE ALMEIDA SILVA
CPF: 066.852.843-58

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Ruim Carlos Benício Gomes
CPF: 062.544.183-08
Ruim Carlos Benício Gomes
Assinatura

2ª | Nome: Antônio Vitorino Gomes
CPF: 052.414.323-95
Antônio Vitorino Gomes
Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Francilene Almeida Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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.



WV



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, RENAVAL 01100995010, CHASSI 9C2JB0100HR503513**, licenciada em nome de **MARIA IRANEIDE DA SILVA COSTA**, vindo do Conj. DNOCS, com destino à 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

Francilene Almeida Silva.

Vítima.

Fábio Bhering

Fábio Bhering
Delegado de Polícia.

*Data do fato
conforme ato e
documentação
médica*

DPL

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

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
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 Chapéu., 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 faculta 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.E. 315861-3

Fábio Bhering.
Delegado de Polícia Civil.



Boletim de ocorrência



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
Delegado de Polícia
315661-3

RECEBIDO

05 DEZ 2018

Seguradora Lider DDP

Fábio Bhering
Delegado de Polícia.

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
DO PIAUÍ

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 08/03/18 HORA: 21:15 Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: _____ MUNICIPIO: Terreiros

MÉDICO: _____ CRM: _____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro cardio

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Francisco Almeida Silva

Data de Nascimento 01/07/78 Idade: 19 anos Sexo: () Masculino ☒ Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde 848062943286671

Município de Procedência: _____

HDA: Paciente com quadro de insuficiência cardíaca e hipertensão

HD: Terreiros CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS
Tax: _____ °C P: 116 bpm R: _____ mrm PA: 110 x 100 mmHg Sat O₂: 99 Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
- () Aspiração () Medicação (especificar) _____
- () Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Thiago Carvalho
Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO Terreiros

Hospital: _____

Clinica/Posto: _____ Senha: 0017020810699



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 SILVA

CPF da Vítima

066.852.843-58

Data do Acidente

08.03.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

FRANCISCO ANAJO GILENO

CPF do Representante legal

059.608.893-07

Email

FRANCISCOANAJOGILENO@GMAIL.COM

Telefone (DDD)

(36) 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.

PARANÁ - PL. 24 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

*Francilene Almeida Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura do Representante Legal]

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SEQ.: 00008 UC: 1642852-8 DT.LEIT.: 23/10/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 709 NORMAL TOTAL: 81,76 CARGA: 002
DT.VENC.: 30/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 7272



Declaração do Proprietário do Veículo

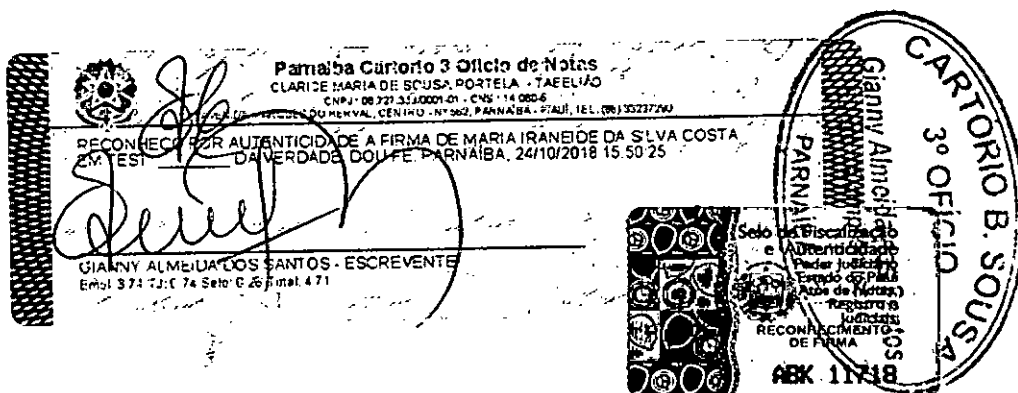
Eu, MARILIA IRANEIDE DA SILVA COSTA,
 RG nº 1.206.708, data de expedição 16/07/2013
 Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 964.269.853-68, com
 domicílio na cidade de PARNÁIBA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PRIMEIRA COMUNIDADE, nº 4935,
 complemento 27, declaro, sob as penas da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

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA POP 110i
 Ano: 2016/2017
 Placa: PIP-8547
 Chassi: 9C2JB0100HR503513
 Data do Acidente: 08.03.2017
 Local e Data: PARNÁIBA/PI, PL 24 DE OUTUBRO DE 2018.

3º OFÍCIO

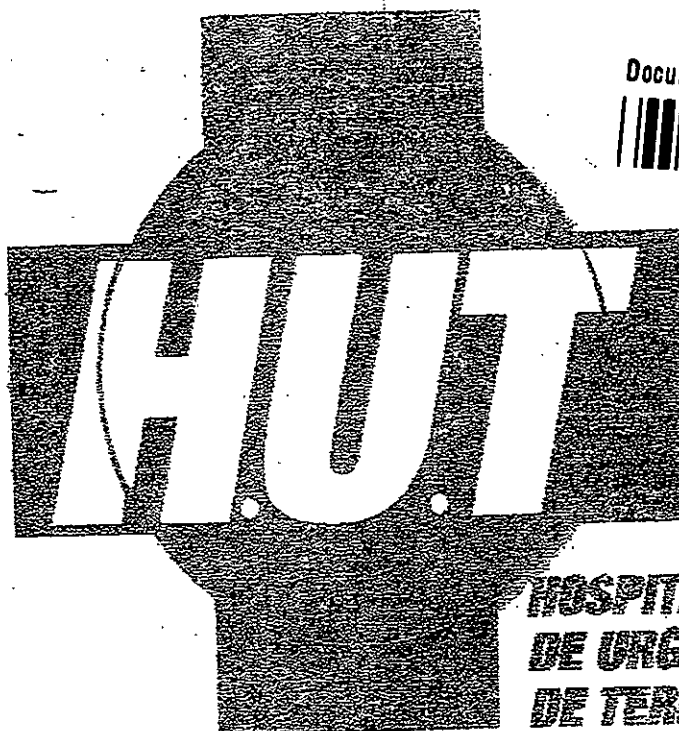
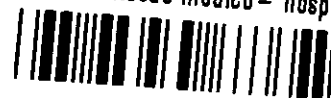
MARILIA IRANEIDE DA SILVA COSTA
 Assinatura do Declarante

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



Alta

Documentação médico - hospitalar



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Francilene Almeida Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 153382

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".



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

Atopada

BOLETIM DE ENTRADA - BE

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

(User: MARCO ROCHA)

(Estação: ACCR01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCILENE ALMEIDA SILVA	Prontuário:	153382
Mãe:	FRANCISCA NASCIMENTO ALMEIDA	Pai:	BERNARDO SERRADOR DA SILVA
End. Resid.:	RUA JOAO CARVALHO N2350 - ITARARE I - 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. Típico:	Não
CID Secundário:	V299				

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM TRAUMA IMPORTANTE, FRATURA EXPOSTA EM PERNA DIREITA. EXANGUINANTE. ESCORIAÇÕES. FERIMENTO NA FACE. ECG:15. CEFALÉIA LEVE.		MARCO ANTONIO VERAS ROCHA COBEN 274043 Em: 09/03/2017 01:54:40	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: _____)

Paciente vítima de acidente automobilístico há 6 horas.

Ref apresentar dor aguda na articulação da extremidade distal MI. I.

CP: A - CC

PA	X	mmHg	Pulso:	bpm	Temp.:
Diagnóstico Inicial:			CID:		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de membros Inferiores Direitos

Nome: Martins de Castro Neto
Márcia: 70551
CME-HUT
Confere com Original

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA:	/ /	HORA:		Se Internado, indique Procedimento e CID
				Procedimento
				CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 09/03/2017 01:54:46

(MARCO ROCHA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCILENE ALMEIDA SILVA		Prontuário: 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.: - - -		

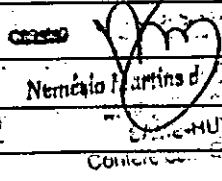
DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 597677	Data: 09/03/2017 01:47:05	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ :__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ :__	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ :__	ESPECIALISTA: 
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ :__	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
FRANCILENE ALMEIDA SILVA		153382	19	Ortopédica	235	247	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
06/03/2017	AMPUTAÇÃO TÍBIA D					09:35' PA-140X80 cm de tecido adiposo P-37°C : 0	
06/04/17						COPIADO 12691308 Jucianne Marinho Cilió	
1	Dieta oral livre	Visto Ivall... Jucianne Marinho Cilió/Pt 10532					
2	Jelco salinizado						
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h			17:00 17:00 17:00			10:30 chute na bacia -
4	metronidazol 500mg + AD EV 8/8h			18:00 18:00 18:00			transfusão em alternância
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs			18:18 18:18 18:18			claudas no momento do
6	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs			18:18 18:18 18:18			aparecimento da dor
7	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN /			18:18 18:18 18:18			de tórax
8	Plasil _ 10mg 01 amp + AD EV 8/8h S/N /						laureni 18974
9	Liquemine 5000UI _ 0,25ml SC 12/12hs			18:18 18:18 18:18			13:00 Terminado laurêncio
10	diazepam 5mg 01 comp VO a noite			18:18 18:18 18:18			de humores como um
11	Cuidados gerais e sinais vitais						com bar plágio. Sem
12	OD concet... blower			18:18 18:18 18:18			chorear eu lupo no
	Medicamento: Casto Neto Meclozina 10691 LACT Contra o enjoo						Tre tórax labio-pi 18974
							14:30' Casco e enchimento
							ao c.
Dr. Gláucia Cronenberg / Dr. Yuri Ilvago Filiz / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Passos Filho							
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia							
CRM341 / TEOT10029	/ CRMPI1308	/ CRM3766-TEOT11305	/ CRM13367				



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

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. Leocádio</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Estudante</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Cesar</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Flores</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>01</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7,5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>300</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</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- GOTA	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	<div style="text-align: right;"> Nemésio Martins de Castro Neto Matrícula: 10691 SAME-HUT Confere com Original </div>		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Olethados - 05</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Cocacas - 02</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Crepom - 04</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				<u>Pomada colagenase - 1 tubo</u>			
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Patricia Fontinele</u>			
PROLENE							



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Francineide Amorim Lima</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>ISC COTO AMBULANTE</u>		
Operação - Tipo <u>RM</u>		
Cirurgião <u>Dr. Leocádio Soares</u> CRM-PI 4468 TEOT 12408	1º Assinante	
2º Assinante	3º Assinante	
Instrumentador(a) <u>Fla</u>	Anestesiologista <u>Dr. CARO</u>	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>22/3/17</u>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista <u>-> NÃO REALIZADA AUDIÇÃO EM COTO DE AMBULANTE DOIDO PCTE FORTE USO DE CLOXANIL (DIGO, heparina) HOSE.</u>		
Acidente Durante a Operação		
<div style="text-align: right;"> Nemesio Martins de Castro Neto Matrícula 70691 SAME-HUT Confere com Original</div>		

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

1. Paciente em SAH, sob anestesia
2. Anestesia + antiseptico com campos estéril
3. Desbridamento + MC em tempo com SFO SY.
4. Aproximado de partes moles
5. Curativo
6. ABRADA

Dr. Leocádio Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PI 4468 TEOT 12408

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				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3				TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100					
TEMPERATURA T	Cº	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO	38					SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE <i>Nemésio Martins de Castro Neto</i> Matrícula: 70091 SAMB-HUT Confere com Original CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Françeslene Almeida Silva</i>				Nº DE REGISTRO <i>153382</i>		
DATA: <i>22/03/17</i>	P. ARTERIAL <i>110x80</i>	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 <i>Jejum > 8h</i>				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Amputação MTD</i>					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <i>MD 1 5g</i>				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	<i>20</i>			TOTAL DE DOSES
		1 2 3				
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 OUTROS 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	C°	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO	38	2 1				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						1 <i>30 de 02</i>
RESPIRAÇÃO O						2 <i>Asesio 1/1 15g</i>
						3 <i>Neigun</i>
						4
						5
						6 <i>AUP</i>
						7
						8
						9
						10
						11
						12
						13
						14
						15
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS <i>Raque anestesia</i>				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES <i>limpeza, Corte Amputação</i>						
CIRURGIÕES <i>Procedido</i>						
ANESTESISTAS <i>Caro</i>						
PARTICULARIDADES						

Caio de Melo Sales
Médico
CRM 4401

Nemésio Martins de Castro Neto
Médico
Maturidade: 70691
SAME-HUT
Confere com Original

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

[illegible]

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13, 03 2012

NOME DO PACIENTE: <u>Francine Almeida</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>153 392</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Dr. Leona</u>	Nº DA SALA: <u>01</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Jamerson</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Raque</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Milena</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	04	
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	00		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	09		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>Clamp para pontos</u>	—	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Arreio</u>	unid	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>transoia</u>	unid	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>cateter</u>	unid	01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>existente</u>			
PROLENE							



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

U-153392

Nome do Paciente			Francilene Almeida		
Diagnóstico pré-operatório			Fratura de bacia @ + luxação		
Operação - Tipo			Osteotomia + fixação		
Cirurgião			Dr. Johnson		
2º Assinante			3º Assinante		
Instrumentador(a)		Anestesista		Anestesia	
Mileva		Dr. Lano		Rogério	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					

Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70991
SAM-HUT
Confere com Original

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

- Paciente em ddh os vasos arteriais e veias
- Antissepsia, Asepsia Colocação de campos cir
- Retirado tecido necrosado (musculo, pele etc) + Osteotomia fissural por abrase osso também
- LWC e sutura para fechar a aproximação

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE



NOME DO PACIENTE <i>Francielle Almeida</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>13.03.17</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>ASP2</i>				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>guir ou</i>				ASMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>Ampl. MED não</i>				BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO <i>Exantema difuso: Amp</i>				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES				
OXIGÊNIO						
LÍQUIDOS						
TEMPERATURA T						
P. ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS <i>Raquis</i>						
OPERAÇÕES <i>desidramento med</i>						
CIRURGIÕES <i>Imurray</i>						
ANESTESISTAS <i>Lena</i>						
PARTICULARIDADES						
INCIDENTE - ACIDENTE		<p><i>Adilson Martins de Castro</i> Márcula: 70991 SAMS HUT Confere com Origine!</p>				
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		<p><i>[Signature]</i></p>				



PR.EFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/03/2017

NOME DO PACIENTE:	Francilene Almeida Silva	PRONTUÁRIO Nº:	153382
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Periur	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Claudio Aurelio Dr. Claudio Nogueira Cirurgia / Traumatologia CRM 5521-2007-12681	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Bolsista: Sara	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Alado Jose	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Ana Glaydus	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	—		LÂMINA DE BISTURI N.24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 6.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0 / 7.5	PAR	05	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	07	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	10	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		OKUHO	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	UNID.	05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Elitroples	UNID.	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				- crepom			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL N.20	UNID.	01					
MONONYLON N.2.0	UNID.	04					
FITA UMBILICAL							
VICRYL N.2.0	UNID.	03					
PROLENE							

Enfermeira: *Milida Ruzia*

CIRCULANTE: *Milida Ruzia*

Enfermeira: *Milida Ruzia*

Martins de Castro Neto
Matriculada: 70991
SABE-HUT
Confere com Original



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Francilene Almeida Silva</i>			
Diagnóstico pré-operatório <i>Anguloseis traumática perna D</i>			
Operação - Tipo <i>LMC + Regularização de Coto (Amputação)</i>			
Cirurgião <i>Dr. Claudio Nogueira</i> <small>Ortopedia / Traumatologia CRMPI 3321</small>		1º Assistente <i>Baptista Sma</i>	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Sra. Gláucia</i>	Anestesista <i>Dr. Aldo José da Silva</i> <small>Médico Anestesiologista CRMPI 4482</small>	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação <i>09/03/17</i>	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório <i>0 mm</i>			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
<div> Nemésio Martins de Castro Neto Matrícula: 70091 SAIME-HUT Confere com Original</div>			

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

- ① Ped em DDH rol anterior
- ② Amputação 7 Ant. superior + Campos Estéril
- ③ LMC abundante c/ SFO, 9%.
- ④ Regularização coto de amputação + ligadura de vasos sanguíneos.
- ⑤ Sutura com compressão de carne
- ⑥ Curativo

Dr. Claudio Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRMPI 3321 SBOT 12681

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA: 07/03/12	F. ARTERIAL: 120/80 mmHg	PULSO: 90 bpm	RESPIRAÇÃO: 18 rpm	TEMPERATURA: 36,5 °C	PESO: 70 kg
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA: MHA e clonitico 0,1% a					
SISTEMA CIRCULATÓRIO: BAF = 1,10 mm				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO: MHA e clonitico 0,1% a				ASMA: 1/250	
SISTEMA DIGESTIVO: 1/10				BRONQUITE	
ESTADO MENTAL: LUCID				SISTEMA URINÁRIO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura 4º - 5º - 6º				CORTICOIDES	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				ATARAXICOS	
APLICADO AS				OUTROS	
EFEITOS				FÍSICOS	
TOTAL DE DOSES				EQUÍVOCOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGENIO	TOTAL DE DOSES			
1	2	3			
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	TOTAL DE DOSES			
	400	TOTAL DE DOSES			
	SANGUE 300	TOTAL DE DOSES			
	200	TOTAL DE DOSES			
	OUTROS 100	TOTAL DE DOSES			
TEMPERATURA T	Cº	TOTAL DE DOSES			
P. ARTERIAL	38	TOTAL DE DOSES			
V. O		TOTAL DE DOSES			
PULSO		TOTAL DE DOSES			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		TOTAL DE DOSES			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		TOTAL DE DOSES			
RESPIRAÇÃO O		TOTAL DE DOSES			
SÍMBOLOS		DURAÇÃO			
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			
CIRURGIÕES		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			
ANESTESISTAS		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			
Dr. Aldo José da Silva		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			
Médico Anestesiologista		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			
CRM-PI 4482		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			
PARTICULARIDADES		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº 235

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30/03/2019

NOME DO PACIENTE:	Francilene Almeida Silva	PRONTUÁRIO Nº:	153382
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	Desarticulação M.I
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	01
CIRURGIÃO:	Dr. Frederico Araújo Leite Ortopedia e Traumatologia Cirurgia da Coluna Vertebral CRM-PI 35718 TEND 12289	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Wuindo - 474	Dr. Laurindo Raulino Filho Médico Anestesiologista CRM-PI 474 / CPF: 068.972.903-00	068972903-00
INSTRUMENTADORA:	Joue		

MATERIAL DE CONSUMO

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



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Franciele Almeida Silva

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Regularização coto amputação perna ①

Cirurgião

Frederico Dr. Frederico Araújo Leite

1º Assinante

Leandro (R1)

2º Assinante

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM-PI 3718 / TEOT 12489

3º Assinante

Instrumentador(a)

Jove

Anestesiologista
Dr. Laurindo Raulino Filho
CRM-PI 474 / CPF: 068.912.903

Anestesia

Ruque

Anestésico(a)

Data da Operação

30/10/2017

Início

14:50

Fim

15:40

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Artins de Castro Neto
Médico: 70091
SAÚDE-HUT
Confere com Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Pcte em DDH sob anestesia
2. Anestesia, antisepsia, colocação campos estêreis
3. Desbridamento tecido desvitalizado, uma abundante c/ SF 0,9%
4. Regularização coto amputação e cobertura onco c/ tecido muscular
5. Sutura e curativo
6. A RP

Dr. Frederico Araújo Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM-PI 3718 / TEOT 12489

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Francilene Almeida				Nº DE REGISTRO		123456	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
30/03/12									
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 DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS			
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO						TOTAL DE DOSES	
		1 2 3							
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100							
TEMPERATURA T		Cº							
P. ARTERIAL V O PULSO		38							
INÍCIO E FIM ANESTESIA X									
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO									
RESPIRAÇÃO O									
SÍMBOLOS									
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES									
CIRURGIÕES									
ANESTESISTAS									
Dr. Laurindo Raulino Filho Médico Anestesiologista CRM-PI 474 / CPF.: 068.972.903-2 Nemesto - J. de Castro Neto SAM 154-191 Compare com Original					Dr. Laurindo Raulino Filho Médico Anestesiologista CRM-PI 474 / CPF.: 068.972.903-2 CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
PARTICULARIDADES									



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06 / 04 / 12

NOME DO PACIENTE:	Francilene Almeida Silva	PRONTUÁRIO Nº:	153382
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Dr. Aldo	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Dra. Ayrana Rego	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Recebo Rego	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Raque	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Genildo	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 710	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 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- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01		cupom	"	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				• eletrodo	unid	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				• Escovas	"	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Alcântara			
PROLENE							



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 transfemoral

Operação - Tipo

Cirurgião

CRM-PI 3746
Cirurgia da Coluna Vertebral
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1º Assinante

2º Assinante

Dr. Aldo José da Silva
CRM-PI 14482

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Dr. Aldo José da Silva
Médico Anestesiologista
CRM-PI 14482

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Amputação transfemoral

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Nemilson Martins de Castro Neto
Matrícula: 70691
CRM-PI 70691
Confere com Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em DA sob anestesia
- 2) Anestesia e antiseptia
- 3) Limpeza da pele
- 4) Corte para regularização
- 5) Suturas
- 6) Curativos

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Francisco Almeida Silva</i>				Nº DE REGISTRO		
DATA: <i>06/04/12</i>	P. ARTERIAL <i>120/80</i>	PULSO <i>90</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>BRNFE / normal</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>Wheal e whealtes no pulmão</i>					ASMA BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO <i>NA</i>				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <i>lúcido</i>				CORTICOIDES		OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS <i>ASA II</i>	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES				
OXIGÊNIO						
1						
2						
3						
LÍQUIDOS						
SO-UTO 500						
SANGUE 400						
200						
OUTROS 100						
TEMPERATURA T						
Cº						
38						
P. ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
<i>Dr. Aldo José da Silva</i> Médico Anestesiologista CRM-PI 4482					<i>Nemésio Martins do Castro Neto</i> Matrícula: 10891 SAME HUT Confere com Original	
PARTICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 15/05/12

NOME DO PACIENTE: <i>Adriano A. S.</i>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: <i>Infarto do miocárdio</i>	CIRURGIA: <i>Revisão de coto de amputação</i>
ANESTESIA: _____	Nº DA SALA: <i>05</i>
CIRURGIÃO: _____	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <i>Benedita</i>	CPF Nº: _____

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 Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 6,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE n° 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- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		CREPDM	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Elétricos 05 unid			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escovas 03 unid			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Wax h' 8.0 01 unid			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	0	05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <i>C6</i>			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Wanda</i>			
PROLENE							

Nemesio Martins de Castro Neto
 Matrícula: 70991
 SAMSUT
 Confere com Original



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Roberto Almeida Neto</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>fratura do osso da coxa</i>		
Operação - Tipo <i>replicagem</i>		
Cirurgião <i>Dr. Ricardo Valença</i>	1º Assinante <i>Dr. Ricardo Valença</i>	
2º Assinante <i>Dr. Ricardo Valença</i>	3º Assinante <i>Dr. Ricardo Valença</i>	
Instrumentador(a) <i>Dr. Ricardo Valença</i>	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>11/05/14</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70891
SAM-HUT
Compare com Original

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

Realizada a replicagem do osso da coxa com placa e parafusos. O osso foi fixado com a placa e parafusos. O osso foi fixado com a placa e parafusos. O osso foi fixado com a placa e parafusos.

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3765 - RCB: 11305

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Francisco Almeida Lima</u>					Nº DE REGISTRO																																																																	
DATA: <u>15/04</u>	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	ATARÁXICOS	OUTROS																																																																
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS <u>ASA II</u>																																																																	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS <u>UES</u>																																																																	
AGENTES ANESTÉSICOS	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 11:15 12:15 </div> <table border="1"> <tr> <td>OXIGÊNIO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>SO-UTO</td> <td>500</td> <td>400</td> <td>300</td> <td>200</td> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SANGUE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUTROS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					OXIGÊNIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	SO-UTO	500	400	300	200	100											SANGUE																OUTROS																TOTAL DE DOSES
OXIGÊNIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																																																							
SO-UTO	500	400	300	200	100																																																																	
SANGUE																																																																						
OUTROS																																																																						
LÍQUIDOS						<u>Midazolam 5mg</u> <u>Propofol 50mg</u> <u>Bupivacaína 10mg</u> <u>Ropivacaína 10mg</u>																																																																
TEMPERATURA T	38						SEQUÊNCIA																																																															
P. ARTERIAL V O PULSO	38						<u>1. Indução</u> <u>2. Profundização</u> <u>3. Manutenção</u> <u>4. Manutenção</u> <u>5. Manutenção</u> <u>6. Manutenção</u> <u>7. Manutenção</u> <u>8. Manutenção</u> <u>9. Manutenção</u> <u>10. Manutenção</u> <u>11. Manutenção</u> <u>12. Manutenção</u> <u>13. Manutenção</u> <u>14. Manutenção</u> <u>15. Manutenção</u>																																																															
INÍCIO E FIM ANESTESIA X																																																																						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO																																																																						
RESPIRAÇÃO O																																																																						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO																																																																
TÉCNICAS <u>BIA (bolus de 100mg de propofol em 10ml)</u>						INCIDENTE / ACIDENTE																																																																
OPERAÇÕES <u>Amputação coto pelo método de J. J. J.</u>																																																																						
CIRURGIÕES <u>Dr. Eduardo Ramo</u>																																																																						
ANESTESISTAS <u>Dr. Eduardo Ramo</u>																																																																						
PARTICULARIDADES																																																																						



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



GOVERNO
DO PIAUÍ

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 08/03/14 HORA: 21:15 Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: _____ MUNICIPIO: _____

MÉDICO: _____ CRM: _____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ anos Sexo: () Masculino (X) Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: 84 602943286677

Município de Procedência: _____

HDA: _____

HD: _____ CID: _____

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: 16 bpm R: _____ mm PA: 110/110 mmHg Sat O₂: 99 Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
- () Aspiração () Medicação (especificar): _____
- () Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO
Hospital: _____

lev 7

Thiago
Assinatura e Carimbo do Médico



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



FMS
Fundação Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO
USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número da Série

Série A - 515213

Carimbo da Unidade de Saúde
F. M. S.
U.S.D. ARCOVERDE
URGÊNCIA
05.522.917/0015-75
Q.250 - CASA 50 - DIRCEU III
TERESINA - PI - 6215-9204

Nome do paciente

Franeslene de Almeida Silva

Endereço

Número do Prontuário

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Bairro

ny

Uso Tópicos

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

Uso Oral

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

Data

1 1 1 1 1 1

Carimbo e assinatura do(a) profissional
05/05/17



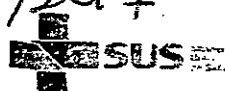
Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina



Fundação Municipal de Saúde

Francieli

235/247



RECEITUÁRIO
USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

1ª VIA - FARMÁCIA

2ª VIA - PACIENTE

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

Paciente

Endereço

USO INT.

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: 9.8884 - 0800 e Assinatura do Médico



HOSPITAL ESTADUAL
GERSON CASTELO BRANCO
LUZILÂNDIA - PI.



BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL E DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: <i>Francilene Almeida Silva</i>		SEXO: MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input checked="" type="checkbox"/>
DATA DE NASCIMENTO: <i>04-03-98</i>	PROFISSÃO:	ESTADO CIVIL:
PAI: <i>Bernardo Serrador da Silva</i>		
MÃE: <i>Seu nascimento Almeida</i>		
ENDEREÇO: <i>Rua Juvenal da Paz</i>		ESTADO: <i>PI</i>
MUNICÍPIO: <i>Luzilândia</i>	BAIRRO:	CEP: <i>64.160.000</i>
Nº CNS: <i>898002943286671</i>	Nº R.G.: <i>3.789.007</i>	

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO: <i>08-03-17</i>	HORA: <i>2115</i>	TELEFONE:
---	----------------------	-----------

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

TRATAMENTO REALIZADO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

NOME DO ACOMPANHANTE:

DATA: 08 / 03 / 2017

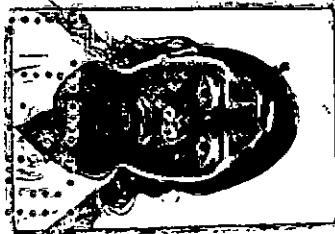
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

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-24-12-98

CPF

TERESINA-PI

ASSINATURA DO DIRETOR

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



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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0405510/18

Vítima: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

CPF: 066.852.843-58

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/03/2017

Titular do CPF: FRANCILENE ALMEIDA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCILENE ALMEIDA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIANA MARQUES RODRIGUES

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Franciele Azeiteiro Silva

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)
- ☒ 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 documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário) de seq

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)
- 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)**
 - ☐ Prova de companheirismo, junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO FILHO (S)**
 - ☐ 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 (FILHO(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: Franciele.dpvat@lider.com.br

Data: 25.10.2018 Assinatura: Franciele Almeida Silva Tel: () _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): Carteira de Identidade de Souza Oliveira

Atendente: _____ Agente de Correios - Atendente _____

Data: _____ Assinatura: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0405510/18

Número do Sinistro: 3180524874

Vítima: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

CPF: 066.852.843-58

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/03/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCILENE ALMEIDA
SILVA

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

FRANCILENE ALMEIDA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

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

313703,137 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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/03/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCILENE ALMEIDA SILVA

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

Data da entrega: 10/12/2018
Nome: FRANCILENE ALMEIDA SILVA
CPF: 066.852.843-58

FRANCILENE ALMEIDA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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: 000000031533-8

Nr. da Autenticação 11C4BFAB5D20A47E