

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSVALDINA LIMA LEITE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000070111-5

---

Nr. da Autenticação 93156F7316B7C813

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180410639 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSVALDINA LIMA LEITE **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA/LUXAÇÃO DO PLATÔ TIBIAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DO MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180410639**

Nome do(a) Examinado(a): **OSVALDINA LIMA LEITE**

Endereço do(a) Examinado(a):

**CJ RS AMOR 16, 16, C - FRIPISA - Campo Maior - PI - CEP 64280-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **853590**

Data e local do acidente: [ **16/04/2018** ]

**ENTRE AS RUAS BENJAMIN CONSTANT COM CAPITÃO MANOEL OLIVEIRA/PI**

Data e local do exame: [ **26/10/2018** ] **Campo Maior** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.**

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

**PACIENTE APRESENTA EDEMA EM JOELHO DIREITO +/4+; CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACES ANTERIOR E MEDIAL DE JOELHO DIREITO; ADM DE JOELHO DIREITO: EXTENSÃO 10º; FLEXÃO 85º.**

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

**PACIENTE FOI SUBMETIDA À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO MEDIANTE PLACA E PARAFUSOS; EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO**

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

**Limitação funcional do joelho direito**

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

**Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (AMD - Líder): 18,75% da IS. Conduta mantida.**



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180410639 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSVALDINA LIMA LEITE **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180410639 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSVALDINA LIMA LEITE **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE APRESENTA EDEMA EM JOELHO DIREITO +/4+; CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACES ANTERIOR E MEDIAL DE JOELHO DIREITO; ADM DE JOELHO DIREITO: EXTENSÃO 10º; FLEXÃO 85º.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDA À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO MEDIANTE PLACA E PARAFUSOS; EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:**

**Data da perícia:** 26/10/2018

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (AMD - Líder): 18,75% da IS. Conduta mantida. Procedida avaliação médica na cidade de Campo Maior.

**Médico examinador:** Adriel Herbert de Castro Leao

**CRM do médico:** 3888

**UF do CRM do médico:** PI

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

JOSÉ GREGÓRIO XIMENES

Clínica Médica  
Ortopedia  
CRM-PI 862



### RELATÓRIO

Em 16.9.2018, a Sra. Davidina  
Lima Leite Viana, RG 853 540  
SSA (PI), relatando que, ao  
passar, acidente automobilístico  
(moto) com fratura cominada  
do Pêlo Tibial da direita, em  
SSA.

Foi tratado com cirurgia  
ortopédica de Lado (osteos-  
sintese) e fixação.

Alta ortopédica, relatando  
dor no Joelho da esquerda  
nos dias 10 e 11. Apresenta  
dificuldade no Joelho da  
esquerda, edema residual, im-  
mobilização dos movimentos do Joelho  
em 90°. Joelho com  
auxílio de muletas.

C. M. R. 05.10.2018

José Gregório Ximenes

Av. Santo Antonio, 253  
Campo Maior - PI

José Gregório Ximenes  
CRM-PI 862  
Ortopedia e Traumatologia

Fone: (86) 3252-1713  
8163-0019

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

15 OUT 2018

DPVAT



**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**  
CONTORNO,  
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000  
CNPJ: 06553564000642  
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

**Ficha de Atendimento (Emergência)**

Atendimento: P0171798  
Data: 16/04/2018  
Funcionario: DEUSIVANE

Registro: 58502  
Hora: 15:43:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: FEMININO

Senha 95

**SUS**

**OSVALDINA LIMA LEITE VERAS**

Nasc.: 02/09/1967 Idade: 50 ANOS, 7 MESES, 14 DIAS Profissão:  
End.: RESIDENCIAL AMOR Q-G, 16 - Bairro: FRIPISA  
Cor: PARDA Telefone: (86) 9955-77180 Mãe: MARIA ELISA LIMA LEITE

CPF: - RG: 853590 - SUS: 704107292732050

Civil: CEP: 64280-000  
Cidade: CAMPO MAIOR/PI  
Pal: OSVALDO LIMA LEITE

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

**Procedimentos**

0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO  
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Paciente vítima de acidente de trânsito  
com fratura de patela e joelho direito  
em 16/04/2018  
Exame físico: sem alterações

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

1) Dorso  
2) Transfusão de sangue

REC. MARIA SOUSA e SILVA  
CORRESP. 001.057.149-TE

16:46  
SUS

Fratura

**Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 15:46:49

Prioridade:

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

Queixa/História: PACIENTE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO APRESENTA FRATURA EM PATELA E JOELHO D.

Alergias: NEGA

Medicação Usual:

PA: 10/6 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

FC: 0 bpm

Glicemia: 170 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: CLINICO

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
20 JUL 2018  
Dor:  
DPVAT

64196 - JOSE EDINO MONTE ARAUJO  
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência

Destino:

Osvaldina Lima Leite Veras

OSVALDINA LIMA LEITE VERAS  
Paciente ou Responsável

3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA  
Médico Responsável





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



SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA

DATA: 16/04/18 HORA: 17:00 Nº DO TELEFONE: \_\_\_\_\_

HOSPITAL SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR MUNICIPIO: Campo Maior/PI

MÉDICO: Dr. Manoel de Oliveira Lima CRM: 3112-PI

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetrícia ( ☒ ) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: OSVALDO DA LEM LESTE VENTURA

Idade: 50 anos Sexo: ( ) Masculino ( ☒ ) Feminino

HDA: parte inferior da Antebra e mão esquerda  
em fratura em joelho @ - M.T.C.  
em 1.º joelho @ - Fratura-luxação joelho @

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- ( ☒ ) Espontânea  
3 - Comandos  
2 - A dor  
1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- ( ☒ ) Orientado  
4 - Confusa  
3 - Palavras Inapropriadas  
2 - Palavras incompreensíveis  
1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- ( ☒ ) Obedece a comandos  
5 - Localiza dor  
4 - Movimento da retilhada  
3 - Flexão anormal  
2 - Extensão anormal  
1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ mm PA: 130/80 mmHg Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ( ) Oxigênio ( ☒ ) Hidratação Venosa 500ml  
( ) Aspireção ( ☒ ) Medicação Tranquilizante  
( ) Curativo ( ) Outros: \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS ( Enviar Cópia )

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT ID: 22748  
Clínica/Posto: \_\_\_\_\_ Senha: HUT-196271859

Assinatura e carimbo do Médico

PI CORRETORA  
DE SEGUROS

20 JUL 2018

DPVAT



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR



**Nome do Paciente:** Osvaldina Lima Leite Veras

**Data do Nascimento:** 02/09/67

**Data do Registro:** 30/04/18

**Médico(a):** Jose Gregorio

### RAIO X DO JOELHO DIREITO

Fratura no platô tibial.  
(controle)

Dr. José Luiz da Paz  
Radiologista  
CRM: 0367 / CPF: 030.027.993-00





Alter

NOME DO PACIENTE: Osvaldina Lima Leite

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 473872

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

20 JUL 2018

DPVAT

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

**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> OSVALDINA LIMA LEITE	<b>Prontuário:</b> 473872
<b>Mãe:</b> MARIA ELISA LIMA	<b>Pai:</b> OSVALDO LIMA LEITE
<b>End. Resid.:</b> CONJ RES AMOR QD G CE 16 - FIFRISA - CAMPO MAIOR - PI - CEP: 64280-000	
<b>Nascimento:</b> 02/09/1967	<b>Idade:</b> 50a:7m:14d
<b>Sexo:</b> Feminino	<b>Fone:</b> 86-99522-0425
<b>Responsável:</b> CAROLINA LEITE	<b>CNS:</b> 704107292732050
<b>Profissão:</b> LAVRADORA	<b>Documento:</b> CPF: 450.617.933-15
<b>G. Instrução:</b> Fundamental Incompleto	<b>E. Civil:</b> Desq./Divorciado(a)
<b>End. Local.:</b> - - -	

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 660458	<b>Data:</b> 16/04/2018 20:50:42	<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> S U S
<b>Id. Trab.:</b> Não	<b>Acid. Trajeto:</b> Não	<b>Acid. Trab. Típico:</b> Não
		<b>CID Secundário:</b> V299

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma:</b> PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	<b>Evento Principal:</b> Dor moderada	<b>Destino:</b> ORTOPEDISTA	<b>Classificação:</b> Amarelo
<b>Breve História:</b> VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOC. TRAUMA EM MID. (JOELHO DIREITO). NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. NEGA TCS. ECG DE 15.			<b>Profissional Clas. Risco:</b> MARCELLA FERNANDES TEIXEIRA COREN 166059 Em: 16/04/2018 20:57:04

**DADOS CLÍNICOS:**

(Hora: 22:10h) Out. ped.

Trauma em L. m. + joelho D.		21 JUL 2018
26h. Dor + edema.		DR. VAI
Perfuro OK X 10		RAIO-X REALIZADO
PA: mmHg	Pulso:	Técnico: bpa
<b>Diagnóstico Inicial:</b> Fratura pl. tibial D.		CID:

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

D. Encaunto pl. C.C.	

**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

<b>DATA:</b> / /	<b>HORA:</b> :	<b>Se Internação, indique o Procedimento e CID</b>
		<b>Procedimento</b> <b>CID</b>

Caroline Leite Vasquez

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



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

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

## CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente <i>Osvaldina Lima Leite</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura - luxação pelvis direita</i>		
Operação - Tipo <i>Redução + fixação</i>		
Cirurgião <i>Dr. Ferdinando Diniz</i>		1º Assistente
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador <i>Flores</i>	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>16/04/18</i>	Início	Fim
Diagnóstico pré-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Paciente em DTH sob anest. g.
2. Anest. e antisept. + campos estéis
3. Redução manual + fixador externo trans-articular
4. curativos

*[Handwritten signature and stamp]*

## FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE				HUT			
DATA:	PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OBS:
16/04/18	130x40	90					
EXAME DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉRIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						FÍSICO	
PRÉ-MEDICAÇÃO						APLICADO ÀS	EFEITOS
						TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO						

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 16 / 04 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Isvaldina Lima Leite</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>473872</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: <u>Fixação de plátibial "A"</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Ferdinand</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Eduardo</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Flores</u>	CPF Nº: _____

Dr. Ferdinand Freitas  
Ortopedia e Traumatologia  
Clínica do Ombro e Cotovelo  
CRM-PI 3096 - RCT- 11020

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletradas - 05</u> <u>Escovas - 03</u> <u>Curepom 02</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Patricia Fontenele</u>			
PROLENE							









## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Oswaldine Lima Costa</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fract. clavicular direita</i>		
Operação - Tipo <i>170 Cin</i>		
Cirurgião <i>Dr. Jamerson M. de L. Lima</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em ddh sob raqui anestesia
- 2) Insuflação de Pressão Colocação de campo cir
- 3) Incisão Medial 10cm
- 4) Dissecção por planos
- 5) Redução + Sutura com placa em 2 + parafusos
- 6) Lavagem e Sutura

Dr. Jamerson M. de L. Lima  
Cirurgião  
CRM-PI 3570 / CRM-PA 7001 / TEST 1100

## FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO		
NOME DO PACIENTE <i>Osvaldo Lima L. Jr.</i>						
DATA: <i>23/04/18</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>ASA 1. Sem comprometimento no exame.</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA RESPIRATÓRIO					SISTEMA URINÁRIO	
SISTEMA DIGESTIVO					CORTICOIDES	ATARÁXICOS
ESTADO MENTAL					OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS
				TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 <i>20ml</i> 2 3	<div style="text-align: right; margin-right: 10px;"><i>07:45</i></div>				<i>Sup. 20mg</i> <i>Fenil 20mg</i> <i>Midazolam</i>
LIQUIDOS	SO-LITO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	36 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO	35 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	20 60 40 20 10					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						SEQUÊNCIA
RESPIRAÇÃO O						1 <i>Propofol 1mg/kg</i> 2 <i>Fentanyl 100mcg</i> 3 <i>Midazolam 2mg</i> 4 <i>Propofol 1mg/kg</i> 5 <i>Propofol 1mg/kg</i> 6 <i>Propofol 1mg/kg</i> 7 <i>Propofol 1mg/kg</i> 8 <i>Propofol 1mg/kg</i> 9 <i>Propofol 1mg/kg</i> 10 11 12 13 14 15
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES		CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_


Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23/04/2018

NOME DO PACIENTE: <u>Osuoldina Lima Leite</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>473879</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Jamerson M. de L. Jamon</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Adriano</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>E. Azevedo</u>	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>6,5, 7, 10 e 7, 15</u>	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº <u>8, 10 e 8, 5</u>	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	30	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	01		<u>Cepson</u>		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	02		CIRCULANTE: <u>E. Azevedo</u>			
PROLENE							

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5145

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **OSVALDINA LIMA LEITE** (Prontuário: 473672)  
Endereço: CONJ RES AMOR QD G CS 16 - FIPRISA - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-000  
Nascimento: 02/09/1967 Idade: 50a9m21d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 212422  
Requisição: 830368 Solicitação: 17/04/2018 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO  
Controle: 1027143 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 248

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 17/04/2018

**JOELHO DIREITO**

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

- Fratura cominutiva na tíbia proximal com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Fratura cominutiva na tíbia proximal com fixação metálica.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/06/2018

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.585.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otlo Tico 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.523.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **OSVALDINA LIMA LEITE** (Prevenção: 473872)  
Endereço: CONJ RES AMOR QD G CS 16 - FIPRISA - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-000  
Nascimento: 02/09/1967 Idade: 50a9m7d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 660458  
Requisição: 830265 Solicitação: 16/04/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS  
Controle: 1027035 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 16/04/2018

**PERNA DIREITA**

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva recente articular no platô tibial com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/06/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Madencão - Fone: 36 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.922.917/0002-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **OSVALDINA LIMA LEITE** (Prontuário: 473872)  
Endereço: CONJ RES AMOR QD G CS 16 - FIPRISA - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-000  
Nascimento: 02/09/1967 Idade: 50a9m7d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 660458  
Requisição: 830265 Solicitação: 16/04/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS  
Controle: 1027034 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 16/04/2018

**JOELHO DIREITO**

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

- Fratura cominutiva recente articular no platô tibial com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/06/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Professional Responsável

REGISTRO GERAL 853.590

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

OSVALDINA LIMA LEITE VERAS

DATA EXPIRAÇÃO 14/01/13

PLACÃO

MARIA ELISA LIMA LEITE

OSVALDO LIMA LEITE

NATURALIDADE

TERESINA-PI

DOC. CIVIL

GERE. CASAM. 282 1-13-B F 282

EXP. ALTOA-PI 11/06/92

450.617.933-15

02/09/1967

LEI Nº 7.118 DE 20/09/83 - DECRETO Nº 48.200/83

ASSINATURA DO DETENTOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE DEUS MARTINS

OSVALDINA LIMA LEITE VERAS

DATA DO TITULAR

02/09/1967

Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

OSVALDINA LIMA LEITE

Data Nascimento: 02/09/1967

704 1072 9273 2050

704 1072 9273 2050

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

20 JUL 2010

DPVAT

ANTONIO ARAUJO DA SILVA  
0116614

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARINHO"

CANTERA DE IDENTIDADE



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
20 JUL 2018  
DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.084.501 DATA DE EMISSÃO 21/01/13

NOME ANTONIO ARAUJO DA SILVA

RELACÃO

ANTONIA SOUSA ARAUJO

FRANCISCO SOARES DA SILVA NETO

NACIONALIDADE CAMPO MAIOR-PI DATA DE NASCIMENTO 12/06/1980

DOC. ORDEM CERT. NASC. 59591 L A50 F 155W

CPF EXP CAMPO MAIOR-PI 11/09/98

914.187.203-72

TERCEIRA - PI

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83 - DECRETO Nº 81.260/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DIETRAM - PI Nº 012825477984  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

11496	VIA	COD. RENAVAM	ENTR	EXERCÍCIO
02916	1	01145926212		2018
24308	NOME			
18008	OSVALDINA LIMA LEITE VERAS			
8c1e4	*****			
d9849	*****			
57295	*****			
a7a86	*****			
63o61	*****			
od3a2	*****			
dcfb1	*****			
ae36e	CPF / CNPJ	PLACA		
3b209	45061793315	OED-6361		
1cc60	PLACA ANT./UF	CHASSI		
12641	-	9C2JB0100JR024577		
2280j	ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
05101	PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	GASOLINA		
	MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
	HONDA/POP 110I	2018	2018	
	CAP/POT/CIL	CATE. AGRIC.	COR PREDOMINANTE	
	02P/0109CC	PARTIC	BRANCA	
	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC./COTAS	
	****	0	1º	
	FADA LPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2º	
		00000000	3º	
	PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
	SEGURO		PAGO	
	OBSERVAÇÕES			
	PET: 000.24			
	ALIENACAO FIDUCIARIA			
	ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L			
	LOCAL	DATA		
	CAMPO MAIOR	03/04/2018		

ASSO. MANTEN. DO ARRO LOBO  
DIRETOR GERAL DO DIETRAM - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE DO POR SUAS CARGAS A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012825477984 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2018	03/04/2018	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	45061793315	OED-6361
RENAVAM	MARCA / MODELO	
01145926212	HONDA/POP 110I	
ANO FAB.	DATA TARE	Nº CHASSI
2018		9C2JB0100JR024577
PRÊMIO TARIFÁRIO		
PNS (R\$)	CONTRAT (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
074,51	008,27	082,78
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
004,15	000,64	170,39
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO		16/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-84  
www.seguradoralider.com.br

PI CORRETORA  
DE SEGUROS

20 JUL 2018

DPVAT

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 450.637.933-15	Nome completo da vítima OSVALDINA LIMA LEITE VERAS
---------------------------	---------------------------------	---

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo OSVALDINA LIMA LEITE VERAS		CPF titular da conta 450.637.933-15	Profissão Aux. ADMINISTRATIVA
Endereço Residencial Andre C-16 Q-6		Número	Complemento CASA
Bairro FRIPESA	Cidade Canoa-MAIOR	Estado PI	CEP 64.280-000
Email		Telefone (DDD)	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 0636 DV 01 (informar dígito se existir)		CONTA NRO. 3033 DV 5 (informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ DV _____ (informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ DV _____ (informar dígito se existir)	

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

Canoa-MAIOR-PI, 17 de JULHO de 2018  
Local e Data

PI CORRETORA  
DE SEGUROS  
20 JUL 2018  
DPVAT

X Osvaldina Lima Leite Veras  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.000846/2018-36**

Unidade de Registro: 1º DP DE CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Pedro Alves Da Silva Filho

Data/Hora: 14/06/2018 - 11:44

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

2º DP DE CAMPO MAIOR

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Endereço

RUA BENJAMIM CONSTANTE COM CAPITÃO MANOEL OLIVEIRA, Nº:

Complemento

Data/Hora

16/04/2018 - 14:15

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: OSVALDINA LIMA LEITE VERAS

RG: 853580 SSP PI

Mãe: MARIA ELISA LIMA DE CARVALHO

Pai: OSVALDO LIMA LEITE

Endereço: QUADRA G, CASA 16, Nº

Complemento: RESIDENCIAL AMOR

Bairro: FRIPISA

Cidade: CAMPO MAIOR

Telefone(s): 86-9472-7139

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

COMPARECEU NESTA DELEGACIA PRA COMUNICAR QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA CITADOS A VÍTIMA ESTANDO A PILOTAR SUA MOTO NO CENTRO DA CIDADE DE CAMPO MAIOR-PI NO CRUZAMENTO DAS RUAS BENJAMIM CONSTANT E CAP. MANOEL OLIVEIRA INVADE A PREFERENCIAL DA VÍTIMA UM MOTOQUEIRO NÃO IDENTIFICADO E COLIDIU COM A MESMA. QUE ELE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA. QUE POPULARES ACIONARAM O SAMU QUE O PEGARAM E LEVARAM AO HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR-PI ONDE FOI ATENDIDA PELO MÉDICO PLANTONISTA DR. SALMO MELO CRM-PI 3113. QUE DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO FOI TRANSFERIDA NO MESMO DIA PRA O HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TERESINA-PI (H.U.T). QUE APÓS EXAMES FOI CONSTATADO FRATURA NO PLATÔ TIBIAL DIREITO. QUE FICOU INTERNADA PRA TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA. QUE A MOTO EM QUE ANDAVA POSSUI OS SEGUINTE DADOS: CÔD. RENAVAM 01145926212. PLACA - OED - 6361 CAMPO MAIOR-PI, MARCA/MODELO HONDA POP 110I, COR BRANCA, ANO FAB. 2018/2018, CHASSI 9C2JB0100JR024577 EM NOME DA VÍTIMA OSVALDINA LIMA LEITE VERAS. NADA MAIS A DECLARAR.

Pedro Alves Da Silva Filho - Mat. 1084267  
AGENTE DE POLÍCIA

Osvaldina Lima Leite Veras  
OSVALDINA LIMA LEITE VERAS - Notificante  
Responsável pela Informação

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

28 JUL 2018

DPVAT

Delegado de Polícia



# REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

## Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	03 16104148	16/04/18		15:35	15:30
Local de Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	33	15:41			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	Bujamim Catanduva				
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	
		Orsoline Lima Luteiras	15	2 - Feminino	
Acidente de Transporte	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	50 <input type="checkbox"/> 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 4 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espargamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAS 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 8 - Ignorado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local de lesão
	ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 4 - Nenhuma	1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Nenhuma	1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 6 - Nenhum	Pulso Resp PA TAX SatO2	
Exame Físico	26 Pupilas	27 Dor	ESCALA DE DOR DE 0 A 10		
	1 - Iguais 2 - Desiguais	0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 Muito Intensa			
Exame Físico	27 Pulso	28 Sangramento	29 Fratura	30 Local de lesão	
	1 - Radial 2 - Carotídeo 3 - Central 4 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não	2 - Suspeito	
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kned <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>				
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Não Removido	
		1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não		
Observações Interdisciplinar					
	apresentando suspeita de fratura de M.I.D. para patela e luxação no M.I.D. braço, logo derigiu med. comento				
Assinaturas	Responsável pela recepção	Socorristas Médico	Enfermeiro		
		AE/TE	Condução		