

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

06/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZA MARIA DE JESUS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00985-7

CONTA: 000002500150-8

Nr. Autenticação

BRADESCO0608201805000000000023700985000002500150168750 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180234855 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA MARIA DE JESUS **Data do acidente:** 09/09/2016 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/08/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO

CRM do médico: 3165

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 |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

Sinistro: **3180234855**
Nome do(a) Examinado(a): **LUIZA MARIA DE JESUS**
Endereço do(a) Examinado(a): **TRAVESSA HIGINO JOSE SILVA nº 34 - SANTA CRUZ - CAMPO MAIOR/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 442128 - SSP**
Data e local do acidente: **09/09/2016 CAMPO MAIOR/PI**
Data e local do exame: **02/08/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO ESQUERDO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO CRM:3165/PI


ISMAR MARQUES FILHO
MÉDICO
CPF: 791.120.723-20 CRM/PI 3165

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "GERALDO VASCONCELOS"
SERVIÇO DE MEDICINA LEGAL DE CAMPO MAIOR- PI



LAUDO DE EXAME PERICIAL-LESÃO CORPORAL
(ACIDENTE DE TRÁFEGO)

Exame procedido em: **LUIZA MARIA DE JESUS**, RG: 422128 - PI; residente no bairro Santa Cruz, em Campo Maior - PI.

HISTÓRICO: Pericianda informa ter sofrido acidente de trânsito (motocicleta que guiava sofreu colisão por outra motocicleta), tendo o evento ocorrido por volta das 09:00 h do dia 09/09/2016, no Centro de Campo Maior - PI; tendo fratura de tornozelo esquerdo, sendo conduzido ao HRCM, posteriormente recebeu atendimento médico no HTI, em Teresina - PI, aonde foi submetida a tratamento cirúrgico. **DESCRIÇÃO:** Pericianda alo e auto psiquicamente orientada apresentando cicatriz cirúrgica em perna esquerda de 8 cm de extensão com limitação funcional de 70% dos arcos de movimentos do tornozelo esquerdo; pericianda possui o prontuário médico que demonstra o procedimento médico realizado, bem como os dias de internação hospitalar (vide documentação em anexo). **CONCLUSÃO:** Pericianda com sequela de lesão contusa que o inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais e produziu limitação permanente de arcos de movimentos de tornozelo esquerdo em 70 %. **RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? R- SIM. 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? R- Ação contundente. 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidentes de trânsito? R- SIM, conforme B.O. e prontuário médico. 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? R- SIM. Pericianda com sequela de lesão contusa que o inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais e produziu limitação permanente de arcos de movimentos de tornozelo esquerdo em 70 %. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? R- NÃO. 6) Outros dados julgados úteis? R- NÃO. Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Campo Maior - PI, 06 de Junho de 2017.

Regis Carlos de Oliveira Sousa

REGIS CARLOS DE OLIVEIRA SOUSA
PERITO MÉDICO LEGAL - CRM 5221- PI
MATRÍCULA PC/PI 280577-4

Regis Carlos de Oliveira Sou
 Perito Medico Legal
 Mat. Policia Civil PI 280577-
 CRM-PI 5221





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "GERALDO VASCONCELOS"
SERVIÇO DE MEDICINA LEGAL DE CAMPO MAIOR- PI



**LAUDO DE EXAME PERICIAL-LESÃO CORPORAL
(ACIDENTE DE TRÁFEGO)**

Exame procedido em: **LUIZA MARIA DE JESUS**, RG: 422128 - PI; residente no bairro Santa Cruz, em Campo Maior - PI.

HISTÓRICO: Pericianda informa ter sofrido acidente de trânsito (motocicleta que guiava sofreu colisão por outra motocicleta), tendo o evento ocorrido por volta das 09:00 h do dia 09/09/2016, no Centro de Campo Maior - PI; tendo fratura de tornozelo esquerdo, sendo conduzido ao HRCM, posteriormente recebeu atendimento médico no HTI, em Teresina - PI, aonde foi submetida a tratamento cirúrgico. **DESCRIÇÃO:** Pericianda alo e auto psiquicamente orientada apresentando cicatriz cirúrgica em perna esquerda de 8 cm de extensão com limitação funcional de 70% dos arcos de movimentos do tornozelo esquerdo; pericianda possui o prontuário médico que demonstra o procedimento médico realizado, bem como os dias de internação hospitalar (vide documentação em anexo). **CONCLUSÃO:** Pericianda com sequela de lesão contusa que o inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais e produziu limitação permanente de arcos de movimentos de tornozelo esquerdo em 70 %. **RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? R- SIM. 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? R- Ação contundente. 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidentes de trânsito? R- SIM, conforme B.O. e prontuário médico. 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? R- SIM. Pericianda com sequela de lesão contusa que o inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais e produziu limitação permanente de arcos de movimentos de tornozelo esquerdo em 70 %. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? R- NÃO. 6) Outros dados julgados úteis? R- NÃO. Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Campo Maior - PI, 06 de Junho de 2017.

REGIS CARLOS DE OLIVEIRA SOUSA
PERITO MÉDICO LEGAL - CRM 5221- PI
MATRÍCULA PC/PI 280577-4

Regis Carlos de Oliveira Sousa
Perito Médico Legal
Mat. Polícia Civil-PI 280577-4
CRM-PI 5221





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012898009468

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - B.N.T.R.C. - EXERCÍCIO - 2017

1 - 00542041405

NOME - LUIZA MARIA DE JESUS

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

0098

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012898009468 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
2017 19/06/2017

VIA - CPF / CNPJ - PLACA -

1 - 39448959320 - QUE-5166

RENAVAM - MARCA / MODELO -

00542041405 - YAMAHA/T115 CRYPTON ED

ANO FAB - Nº CHASSI -

2013 - 9C6KE1550E0020086

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

000,00 - 000,00 - 000,00

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.008/0001-04

www.segurosdpvat.com.br

DATA DE QUITAÇÃO - 01/06/2017

PAGAMENTO - PARCELADO

QUOTA ÚNICA

PREMIO TOTAL (R\$) - 000,00

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) - 000,00

PREMIO DE RISCO (R\$) - 000,00

PREMIO DE RISCO (R\$) - 000,00

PREMIO DE RISCO (R\$) - 000,00

PREMIO DE RISCO (R\$) - 000,00

PREMIO DE RISCO (R\$) - 000,00

PREMIO DE RISCO (R\$) - 000,00

PREMIO DE RISCO (R\$) - 000,00

CORRETORA DE SEGUROS

22 MAI 2018

DPVAT

DATA - 19/06/2017

LOCAL - CAMPO MAIOR

ASSINATURA DO SEGUROADO

SELO DE AUTENTICAÇÃO

SELO DE AUTENTICAÇÃO

SELO DE AUTENTICAÇÃO

SELO DE AUTENTICAÇÃO

SELO DE AUTENTICAÇÃO

SELO DE AUTENTICAÇÃO

SELO DE AUTENTICAÇÃO

SELO DE AUTENTICAÇÃO

SELO DE AUTENTICAÇÃO

A/FID/PUB/BANCO PANAMERICANO S/A

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT



CLÍNICA
SÃO FRANCISCO

CNPJ: 07121386/0001-39

Rua Antônio Freire, 535 – Centro – Campo Maior-PI

Tel: 86 3262 5311

RELATÓRIO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que, segundo documentação apresentada, LUIZA MARIA DE JESUS foi vítima de acidente de motocicleta dia 09/09/16 apresentando escoriações e fratura de maléolo medial esquerdo. Encaminhada para o Hospital onde foi diagnosticado que havia fratura de maléolo medial esquerdo além de entorse local. Realizado fixação com placas e parafusos. Fez uso de analgésicos e antibióticos por 10 dias. Realizou fisioterapia. Apresenta dor e edema local com limitação em 30 (trinta) %.

Campo Maior PI, 12/07/18

Dr Leandro Paixão Torres

CRM 2989

Leandro Paixão Torres
CRM-PI 2989

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2018

DPVAT



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CENTRO

SÃO LUIZ CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CEP: 065-0354000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1472

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P065870

Data: 09/09/2016

Funcionário: SOCORRO

Senha 27

Regis: 038215 Noto

Horas: 08:00:00

Tipo: URGENTE

Sexo: FEMININO

SUS

UZA MARIA DE JESUS

Data: 26/08/1945 Idade: 71 ANOS 14 DIAS

Profissão:

CNPJ: 00000000

CEP: 64-280-000

Mãe: JOSE HIGINO DA SILVA, 31

Cidade: SANTA CRUZ

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

CPF: 2202708 Cor: PARDA Mãe: FRANCELINA MARIA DE JESUS

Pai: CICERO LUCIO DE SOUSA

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 5200 - FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Responsável: JUCILEIDE CAMARA LENOS - AMIGO(A)

Templão

Peso: 0Kg

PA: 110/70

Procedimentos

09/09/2016 10:00 03010/0048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO PRIMARIA 2A V

09/09/2016 10:23 03010/0061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Auto Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Políclínica ☐ Azul - Triage

Queixa principal: ACIDENTE DE TRANSITO

expos, glauco 15, estorcel. Fatores uterina de acidente motorista, depois

Exame clínico/físico:

1 lesão em tornozelo esquerdo. Realizado por o. Apresenta fratura de tíbia distal, fratura fechada.

Diagnóstico provável:

Op: Moe simétrico 5m/ae: 3 vt 27 10m 65. pontos Iteóricas.

Medicação:

Medic. Alergia Medicamentosa.

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Te.

1) Descuração 300 x 100 - 04 cmprado @ data

2) Voltaren 75mg/20 - 04 cmpr (m) agora.

3) Obtenção de 4 horas

4) Paciente readmitido no hospital.

CORRETORA DE SEGUROS

22 MAI 2018

DPVAT

Dr. Francisco Rodrigues da Silva
Médico
CPF: 021.535.103-76

FICHA DE INTERNAÇÃO

Nome LUIZA MARIA DE JESUS
Código do Prontuário 220880.01
Sexo Feminino
Profissão DONA DE CASA
Identidade 42128/SSP PI
Data de Nascimento 26/08/1945
Idade 71 anos
CPF 39448959320
Filiação Francelina Maria Jesus/
Endereço Quadra QUADRA 2 BLOCO 24 301
Bairro TRANCREDO NEVES CEP
Cidade TERESINA/PI
Telefone 86995657926
Responsável VERA LUCIA FRANCELEINA JESUS
Endereço do Resp. O MESMO

CONVÊNIO:

Convênio PARTICULAR
Código do Paciente 220880
Matrícula SN
Guia de Internação
Titular
Validade Carteira //
Útl. Pagamento //

INTERNAÇÃO:

Data de Entrada 23/09/2016 07:00:00
Acomodação 608-B
Local enfermaria
Tratamento Cirúrgico
Recepção LUANAF
Médico SOTHER DOUVILLE BRITTO NETO
CID10
Procedimento 30728126 30728126 FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIR
Diagnóstico 30728126 Fraturas E/ou Luxações Ao Nível do Tornoz
Observação

Maria Rosa de Oliveira Sá
Enfermeira
Coram-PI 237.275

Vera Lucia Francelina Jesus

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 MAI 2016

DPVAT

07 - VIAS AÉREAS**RESPIRAÇÃO**

- ☒ ESPONTÂNEA
☐ TRAQUEOSTOMIA
☐ OXIGÊNIO
☐ PARADA RESPIRATÓRIA
☐ TOT

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

- ☒ EUPNEICA
☐ TAQUIPNEICA
☐ BRADIPNEICA
☐ USA MÚSCULA TURA ACESSÓRIA
☐ CIANOSE

AUSCULTA PULMONAR

- ☒ LIMPA
☐ RONCOS
☐ SIBILOS
☐ SELETIVO
☐ BILATERAL

CARDIOVASCULAR**PULSO PALPÁVEL
MONITORIZAÇÃO**

- ☒ REGULAR
☒ REGULAR

- ☐ IRREGULAR
OUTRO: _____

☒ CHEIO☐ FILIFORME☐ AUSENTE**08 - INTEGRIDADE CUTÂNEA MUCOSA**☒ PELE ÍNTEGRA☐ EDEMA☐ LESÃO☐ ULCERAS☐ CORADA☒ TURGOR NORMAL☐ FRISA☒ REDE VENOSA VISÍVEL☒ HIDRATADA

LOCAL: _____

TIPO/LOCAL: _____

LOCAL: _____

☐ HIDRATADA☐ DESCORADA☐ TURGOR DIMINUIDO☐ QUENTE☐ REDE VENOSA NÃO VISÍVEL☐ ICTÉRICA☐ SECA☐ CIANÓTICA☐ SUDORÁICA☐ PRESENÇA DE NIVEDO**09 - GASTROINTESTINAL**☒ JEJUM☐ DIETA V.O.☐ DIETA POR SONDA**10 - ABDOMEN****RUÍDO**☐ PRESENTE☐ AUMENTADO☐ DIMINUIDO☒ AUSENTE**APRESENTAÇÃO**☒ FLÁCIDO☐ RÍGIDO☐ DISTENDIDO☐ GLOBOSO☐ NÁUSEA☐ EVACUAÇÃO PASTOSA☐ EVACUAÇÃO LÍQUIDA PASTOSA☐ CONSTIPAÇÃO☐ VÔMITO☐ MELENA**11 - GENITAIS****SANGRAMENTO**☐ SIM☒ NÃO**LESÕES**☐ SIM☒ NÃO**HEMATÚRIA**☐ SIM☒ NÃO**INCONTINÊNCIA**☐ SIM☒ NÃO**DISÚRIA**☐ SIM☒ NÃO**12 - SONDAS CATÉTERES**

TIPO(S) / LOCAL(S): _____

OBSERVAÇÕES: _____

13 - EXAMES ANEXOSFJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 MAI 2018

DPVAT

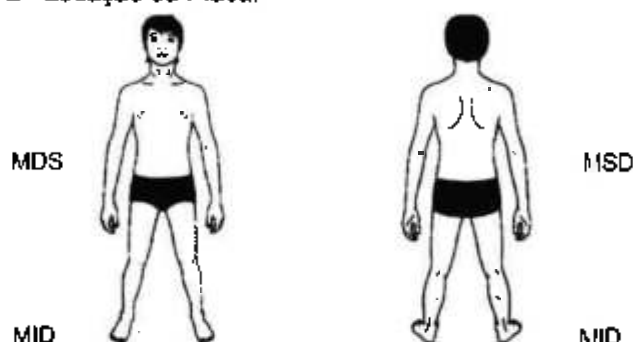
Debora Campelo
Enfermeira
COREN-PI 357.238

ENFERMEIRO(A)

Paciente: Luiza Maria de Jesus
Data: 23/09/16 Horário: 09:02h Médico: Gothur Neto
Cirurgia: Fratura de tornozelo Convênio: Particular

1 - Medicação e Horários:
09:15 Administrada 2g lezaxolona EV pelo anestesiologista Dr. Juliano

2 - Locação da Placa:



3 - Acesso Venoso: Telex 20

MSD ☒ MSE () MID () MIE () Acesso Central ()

4 - Sonda Velcal de Demora: Sim () Não ☒

5 - Dreno de Sucção: Sim () Não ☒ Local: _____

6 - Intercorrências:

Sem intercorrências

7 - Cuidados:

Gerais de enfermagem

8 - Local da Incisão:

Tornozelo esquerdo

9 - Anestesia:

Raque

Gymy + Cleonice
Funcionário

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 MAI 2018

DPVAT



Hospital de Terapia Intensiva

Av. Leônidas Melo, 370 - Piçarra • CEP: 64.015-120

Fone: (86) 3215-6700 - Teresina - PI

BOLETIM DE CIRURGIA

NOME: Maria Maria de Jesus APT° / LEITO 608 - B
IDADE: 71 anos DATA: 23/03/16 CONVÊNIO: Particular
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Tráf. umbil. endo T0/WPLC
CIRURGIA: Tráf. cirúrgico (ortostático)
ANESTESISTA: Guilherme ANESTESIA: Raque
CIRURGIÃO: A. S. S. S.
1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
INTRUMENTADOR: Silvane CIRCULANTE: Fernando + Cherie
DESCRIÇÃO:

- 1. Tráf. cirúrgico
- 2. Tráf. cirúrgico
- 3. Tráf. cirúrgico
- 4. Tráf. cirúrgico
- 5. Tráf. cirúrgico
- 6. Tráf. cirúrgico
- 7. Tráf. cirúrgico
- 8. Tráf. cirúrgico
- 9. Tráf. cirúrgico
- 10. Tráf. cirúrgico

Dr. Guilherme
CRM: 1493 - C.R.E. 146432.193-00
ORTOPEDIA

DATA: ____/____/____

Assinatura do Cirurgião

Sala: _____

Paciente: Luiz M. de Jesus

Idade: _____ Peso: _____ Convênio: Particular

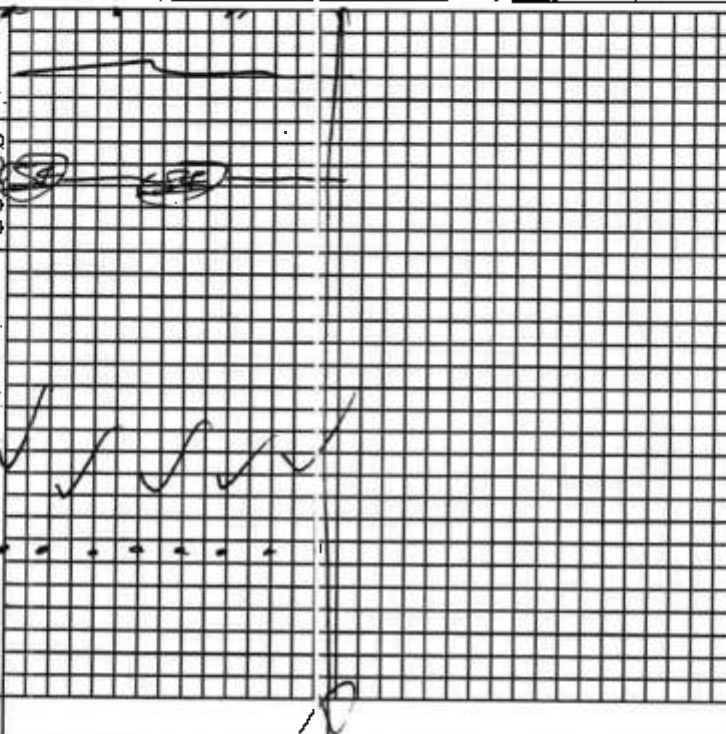
Cirurgião: D. Sampaio Código do Procedimento: _____

Cirurgia Realizada: Proctomia com fístula de Pilon

Condições Pré-Operatório: _____

Exames Clínicos: _____ Risco: II

Premedicação: _____ Hora: _____

| | | | |
|---------------------|--|---|------------------|
| Agentes Anestésicos | Oxigênio 1 2 <u>2l</u> 3 |  | Sequência |
| Líquido | Soluto 800 Sangue 400 Outros 100 | | <u>1.5 - 2.5</u> |
| Capnógrafo | Co | | <u>2.5</u> |
| P. Arterial | 38 | | |
| Pulso | 36 | | |
| Início Fim Cirurgia | 34 | | |
| Início Fim Cirurgia | 32 | | |
| Oximetria | 30 | | |
| Diurese: | | | Duração |

Técnica de Anestesia: Rapida

Acidente - Incidente: _____

Justificativas: _____

| | | |
|----------------|-----------------------|--|
| Oxigênio | Paciente Transfundido | Monitoração |
| Início: _____ | GS _____ | <input checked="" type="checkbox"/> ECG |
| Término: _____ | RH _____ VOL _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> PVC |

Total de Doses:

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Adrenalina _____ amp | Fentanyl _____ ml | Soro Glicosado _____ fr |
| Atropina _____ amp | Halotano _____ ml | Soro Fisiológico <u>2</u> fr |
| Água Dest. 10ml _____ amp | Isoflurano _____ ml | S. Ringer Lactado _____ fr |
| Atracúrio _____ amp | Modifical _____ amp | Sufenta _____ amp |
| Cefazolina <u>2</u> _____ amp | Narcar _____ amp | Thiobarbital _____ ml |
| Cetoprofeno _____ amp | Neocina 0,5% <u>1</u> amp | Tilatil _____ fr |
| Clonidina _____ amp | Novabupivacaina 0,5% _____ amp | Xilocaína _____ |
| Droperidol _____ amp | Pancuron _____ amp | |
| Dexametazona _____ amp | Plasil _____ amp | |
| Dormonid 15mg _____ amp | Profenid _____ amp | |
| Dipirona _____ amp | Prestigine _____ amp | |
| Dimorf _____ amp | Quellin _____ amp | |
| Diazepam _____ amp | Ropivacaina _____ amp | |
| Efortil _____ amp | Ranitidina _____ amp | |
| Firano _____ amp | Savorete _____ ml | |

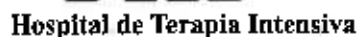
Data: 23 / 08 / 16

Guilherme Ribeiro Gonçalves

ANESTESIOLOGISTA

CRM: 3215 M

Assinatura e carimbo do Anestesiologista



Boletim de Recuperação Anestésica

66.52

Cirurgião: Dr. Sotter Jayville Anestesia: Rouge

ENFERMAGEM[illegible]

Wind. G-008



DECLARAÇÃO PLANO ECONOMICO

Nome do paciente: LUIZA MARIA DE JESUS

CPF: 39448959320 R.G: 42128 SSP PI

Endereço: QUADRA 2 BLOCO 24 E01, Telefone: 86995657926

Declaro para os devidos fins que se fizere:n necessários que procurei o HTI SUL – Casa Mater – Casa de Saúde e Maternidade de Teresina Ltda. CNPJ: 06,883,917/0001-53, situado na Av.: Leônidas Melo Nº 370, Bairro: Piçarra, por minha livre espontânea vontade, tendo optado por este plano, estando ciente de todas as normas que regem esta modalidade de tratamento, nada tenho contra os itens aqui descritos:

1. O valor do procedimento a ser realizado consta em tabela à qual foi negociado, devendo ser pago à vista no ato da internação;
2. Os valores dos honorários médicos serão acertados entre os médicos e minha pessoa, sem interferência do Hospital;
3. Os valores acordados referem – se exclusivamente as despesas hospitalares relacionadas ao procedimento sem intercorrência;
4. A acomodação padrão para pacientes Plano Econômico é Apartamento Duplo ou Triplo, podendo o paciente negociar para apartamento standard individual, apartamento máster ou suíte.
5. Não está incluso no Plano Econômico;
 - Hemoderivados (Sangue e componentes)
 - MEDICAMENTOS DE USO ESPECÍFICO (Individual) como: Antihipertensivos, Neurológicos, Hipoglicemiantes, Respiratórios outro para qualquer pré-existente;
 - Bloqueadores de Bomba;
 - Exames Complementares (Bioquímicos ou de Imagem);
 - Oxigenioterapia (Fora do Centro Cirúrgico);
 - Fisioterapia
 - Reoperações
 - Diária Extra
 - Internação em UTI (Independente do Motivo)
 - Isolamento
 - Materiais e/ou Medicamentos usados em Intercorrências;
 - Aparelho Ortopédicos, Orteses, Válvulas ou similares
 - Pareceres Médicos
 - Remoção (Ambulância)
 - Itens do Frigobar, Enxoval Extra;
 - Nutrição Enteral e/ou Parenteral;
 - Alimentação para Acompanhante

(Data) Teresina, ____ de ____ de ____

Luiza Maria Francisca Jesus

Assinatura do paciente ou responsável

CPF: _____

R.G: _____



Hospital e Ambulatório

INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES

PACIENTE: Leilza Maria de JesusCPF: 394.489.593-20RG: 442.428TELEFONE: 9.9565 7926ENDEREÇO: A-2 Bloco 24CNPJ: 304

EMISSOR:

CIDADE: Teresina - PI

CEP:

BAIRRO: Tramado
Mus.RESPONSÁVEL: Mrs. Leilza Evangelina Jesus

TELEFONE:

CPF:

RG:

EMISSOR:

ENDEREÇO: nomeBAIRRO: nomeCIDADE: nome

CEP:

Pelo presente instrumento particular de contrato de prestação de serviços hospitalares, na qualidade de PRIMEIRO CONTRATANTE e de PACIENTE, devidamente identificados e qualificados no documento anexo (dados do paciente/responsável), cujo conteúdo passa a fazer parte integrante deste, e, do outro lado, na qualidade de Segunda Contratante, neste instrumento simplesmente designada como HOSPITAL, CASAMATER - Casa de Saúde e Maternidade de Teresina LTDA - HTI SUL, empresa com sede e foro em Teresina, estabelecida à Rua Leonidas Melo, nº 370, bairro Piçarra no CNPJ sob o nº 06.833.917/0001-53, neste ato representado pelo seu preposto abaixo assinado, residente e domiciliado no endereço supra, têm entre si justo e contratado, na melhor forma de direito, o seguinte, que mutuamente aceitam e outorgam, a saber:

1. A CASAMATER - Casa de Saúde e Maternidade de Teresina LTDA - HTI SUL, é uma renomada casa de saúde do Município de Teresina que vem prestando relevantes serviços à comunidade brasileira há vários anos e cuja infra-estrutura disponível para o atendimento a que se refere o presente instrumento o RESPONSÁVEL declara ser do seu pleno conhecimento.

2. O RESPONSÁVEL expressamente contrata o HOSPITAL, para que este execute todos os serviços especializados que forem necessários para o adequado atendimento hospitalar do paciente, acomodado no aposento indicado no prontuário.

2.1. Procedimentos cirúrgicos de amputação de membros deverão ser autorizados por escrito pelo próprio paciente ou, em sua impossibilidade, por seus familiares diretos e mediante circunstanciado relatório médico.

3. Nessas condições, fica o HOSPITAL desde já autorizado a colocar à disposição do paciente toda a sua estrutura hospitalar disponível para que todos os serviços de apoio necessários incluindo os procedimentos diagnósticos, terapêuticos, laboratoriais, clínicos e cirúrgicos que forem determinados pelo médico responsável escolhido pelo paciente e respectiva equipe possam ser adequadamente executados.

4. O HOSPITAL responde pela qualidade de serviços que oferece ao paciente, no que se refere aos exames laboratoriais incluindo os de sangue, componentes e derivados, desde tais serviços sejam executados pelos laboratórios que fazem parte da sua organização hospitalar interna, ressalvados os riscos decorrentes das limitações tecnológicas e científicas.

4.1. A execução de serviços relativos a exames de qualquer natureza dependente de expressa requisição do médico responsável pelo paciente.

5. O RESPONSÁVEL confirma que lhe foi apresentado uma cópia do regulamento interno do HOSPITAL (expos e também

no interior das acomodações), declarando outrossim ser do seu inteiro conhecimento todas as normas e condições pre-estabelecidas que se referem à internação do paciente, ao comportamento dos acompanhantes, à conduta dos parentes e visitantes e ao cumprimento em horários, enquanto dentro do estabelecimento hospitalar.

5.1. A diária hospitalar vence, de pleno direito, às 12:00h (dez horas) da manhã de cada dia, o que significa que, recebendo o paciente alta hospitalar, deverá ser promovida a desocupação do aposento em que se encontra internado, evitando-se assim a contabilização de nova diária.

6. É obrigação do RESPONSÁVEL dar conhecimento dos termos do regulamento interno que lhe foi apresentado a todas as pessoas (parentes, acompanhantes, visitantes) que, em decorrência da internação do paciente, passarem a frequentar o estabelecimento hospitalar.

6.1. Fica estabelecido que, em relação a tantos quantos vierem a frequentar o HOSPITAL em decorrência da internação do paciente, há uma presunção de que todas essas normas sejam rigorosamente conhecidas, não isentando quem quer que seja da aplicação das medidas regulamentares que estiverem nelas previstas, sob a alegação de seu desconhecimento.

7. O RESPONSÁVEL declara estar ciente de que o tratamento a que será submetido o paciente acima identificado implica em dupla e independente relação, do ponto de vista de responsabilidade civil, assim discriminada:

a - relação HOSPITAL/PACIENTE, através da qual tem ele direito de receber e o HOSPITAL tem a obrigação de oferecer toda infra-estrutura necessária disponível, como acomodações para internação, centro cirúrgico, plantão médico para intercorrências, equipe de pessoal especializado em enfermagem, farmácia, nutrição, higienização, assim como todos os demais serviços hospitalares indispensáveis para o imprescindível apoio ao médico responsável.

b - relação MÉDICO/PACIENTE, através da qual tem ele o direito de livremente escolher o seu profissional médico, bem como demais médicos que devam compor a referida equipe inclusive cirurgiões e anestesistas, com eles diretamente contratar honorários profissionais, sem a interferência do HOSPITAL, deles obter informações e explicações a respeito do diagnóstico, tratamento adotado, procedimentos cirúrgicos e evolução do quadro clínico e atuação técnica e científica.


7.1. Muito embora esteja sempre disponível para receber e ouvir queixas sobre atos dos senhores médicos, podendo até encaminhá-las ao órgão da classe, fica claro que não pode o HOSPITAL exercer qualquer tipo de fiscalização que implique em restrição ao exercício da atividade médica.

Luiza Maria de Jesus
conv: Particular
Pront: 220880-01
DN: 26.08.1945 73 anos.

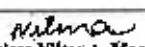
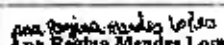
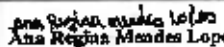
DATA 23/09/16

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | | | |
|--------|--|--|-----|--------|-----|-----------|--------------------|
| NOME: | Luiza Maria de Jesus | Nº PRONTUÁRIO: | 602 | LEITO: | 602 | CONVÊNIO: | MEDICO ASSISTENTE: |
| CÓDIGO | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO | | | | | |
| | <p>23/09/16</p> <p>Clínica - Prescrição de medicamentos</p> <p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Diclofenaco 0,5" 1300L 2. Soro/ficudo 1000ml (18) (04) 3. Ceftriaxona 1g IV 12/12 2x (18) (04) 4. Novorin - 2cc 2x/dia 2x/dia (18) (04) <p>8/8L 13 22 08 (14)</p> | | | | | | |
| | <p>Dr. Sathier David</p> <p>CRM: 103 - OF. 10.43 - 15.00</p> <p>ORTOPEDISTA</p> | | | | | | |
| | | <p>PJ CORRETORA DE SEGUROS</p> <p>22 MAI 2018</p> <p>DPVAT</p> | | | | | |

| | | | |
|--|-----------------------------|------------|--------------------|
|  | ALIANÇA CASAMATER | | |
| Paciente | LUIZA MARIA DE JESUS | Convênio | PARTICULAR |
| Idade | 71 anos | Data | 24/09/2016 |
| Peso | ,00 Kg | Internado | 1 dia(s) |
| Altura | ,00 m | Prontuário | 220880.01 |
| Médico | Sother Douville Britto Neto | Leito | APT - 602 |
| Dir. Técnico | CRM | Número | Relatório nº 61026 |
| RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | | |

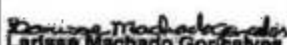

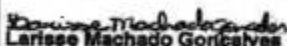


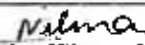
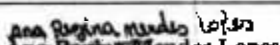
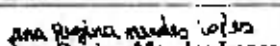
SINAIS VITAIS

| HORA | Pressão | FR | FC | Temp. | Saturação | Glic. Capilar | SNG | Diurese | Dreno1 | Dreno2 | Dreno3 | Responsável |
|----------------|----------|-----|-----|-------|-----------|---------------|-----|---------|--------|--------|--------|---|
| | mmHg | l/m | bpm | °C | % | mg/dL | ml | ml | ml | ml | ml | |
| 23/09/16 12:45 | 140 X 8 | 18 | 72 | 35 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  Francisca Nilma A. Magalhães COREN-TEC 515299 |
| 23/09/16 19:13 | 180 X 80 | 20 | 88 | 35.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 24/09/16 00:04 | 140 X 80 | 19 | 79 | 36.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  Ana Regina Mendes Lopes COREN-TEC 127768 |
| 24/09/16 06:00 | 140 X 90 | 18 | 78 | 36.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  Ana Regina Mendes Lopes COREN-TEC 127768 |

APLICAÇÕES

| HORA | Descrição | Usuário |
|------|-----------|---------|
| | | |


ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

| HORA | DESCRIÇÃO | Responsável |
|------------------|---|---|
| 23/09/2016 08:50 | Paciente admitido para tto cirurgico, calma, física, orientada. Nega alergia medicamento, DM, sabidamente HAS. Dieta zero. Monitorizada FC: 75bpm, SPO2: 100%, PA: 180/80mmhg. Puncionado acesso venoso Jelco20+polifix 2vias pelo anestesista Dr. Juliano. Exames em anexos. |  Larissa Machado Gonçalves COREN-ENF 250484 |
| 23/09/2016 09:22 | Realizado anestesia Raque 27 pelo anestesista Dr. Juliano. |  Larissa Machado Gonçalves COREN-ENF 250484 |
| 23/09/2016 09:22 | Início do procedimento cirurgico pelo cirurgiao Sother Neto. |  Larissa Machado Gonçalves COREN-ENF 250484 |
| 23/09/2016 09:25 | Administrado 2g Cefazolina EV pelo anestesista Dr. Juliano. |  Larissa Machado Gonçalves COREN-ENF 250484 |
| 23/09/2016 09:50 | Paciente encaminhada para SRPA, calma, sonolenta, sob efeito de anestesia raque. HV no MSD. Exames em anexos. |  Larissa Machado Gonçalves COREN-ENF 250484 |
| 23/09/2016 12:47 | PACIENTE ADMITIDA PROCEDENTE C.C. POI CIRURGIA TORNOZELO, H.V, RESPIRANDO AR AMBIENTE, ACORDADA, NEGA DM+ALERGIA MEDICAMENTOSA, É HAS, REFE E DOR F.O, ADM. DIPIRONA E.V, AOS CUIDADOS. |  Francisca Nilma A. Magalhães COREN-TEC 515299 |
| 23/09/2016 19:11 | Paciente bem sem queixas algicas, segue consciente, orientada, física. hv em curso, diurese presente espontânea, ssvv estáveis. | |
| 23/09/2016 21:00 | ADM. CEFAZOLINA 1G +AD EV CONFORME PRESCRIÇÃO. |  Ana Regina Mendes Lopes COREN-TEC 127768 |
| 23/09/2016 22:00 | ADM. NOVALGINA + AD EV CONFORME PRESCRIÇÃO. |  Ana Regina Mendes Lopes COREN-TEC 127768 |

PJ CORRETO
DE SEGUROS

22 MAI 2016

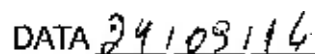
DP

| | | | |
|--|-----------------------------|------------|--------------------|
|  | ALIANÇA CASAMATER | | |
| Paciente | LUIZA MARIA DE JESUS | Convênio | PARTICULAR |
| Idade | 71 anos | Data | 24/09/2016 |
| Peso | ,00 Kg | Internado | 1 dia(s) |
| Altura | ,00 m | Prontuário | 220880.01 |
| Médico | Sothar Douville Britto Neto | Leito | APT - 602 |
| Dir. Técnico | CRM | Número | Relatório nº 61026 |
| RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | | |


| | | |
|------------------|--|---|
| 24/09/2016 00:04 | CLIENTE FOI TRATAMENTO DE FRATURAS EVOLUI CONSCIENTE ORIENTADA,FASICA,SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO,ACEITA DIETA OFERTADA, DIURESE PRESENTE, SEGUE AOS CUIDADOS. | <i>Ana Regina Mendes Lopes</i> Ana Regina Mendes Lopes COREN-TEC 127768 |
| 24/09/2016 06:00 | CLIENTE FOI TRATAMENTO DE FRATURAS EVOLUI CONSCIENTE ORIENTADA,FASICA,SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO,SONO E REPOUSO SATISFATORIO, DIURESE PRESENTE, SEGUE AOS CUIDADOS. ADM. NOVALGINA + AD EV | <i>Ana Regina Mendes Lopes</i> Ana Regina Mendes Lopes COREN-TEC 127768 |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

| HORA | DESCRIÇÃO | Responsável |
|---------------------|--|---|
| 23/09/2016 12:30:00 | Admitida neste setor de Internação. POI FRATURA DE TORNOLEZO ESQUERDO. Consciente, orientada, fasica, eupneica, respira ar ambiente sem aporte de O2. HV em AVP pervoo e funcionando ausente de sinais flogisticos. Nega HAS, DM E ALERGIAS. Segue aos cuidados de enfermagem. | <i>Débora Maria Lemos Campelo</i> Débora Maria Lemos Campelo COREN-ENF 357238 |
| 24/09/2016 06:58:00 | Fechamento da evolução | <i>Mayza Carvalho Pereira</i> Mayza Carvalho Pereira COREN-ENF 248594 |



| | | | | | | | | | | | |
|--------|-------------|-------------------------------|--------------------------|-------|--|--------|-----|-----------|--|--------------------|--|
| NOME: | Luiz Aldeia | Nº PRONTUÁRIO: | | APTO: | | LEITO: | 602 | CONVÊNIO: | | MÉDICO ASSISTENTE: | |
| CÓDIGO | | PREScrição | HORÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO | | | | | | | | |
| | | 23.09.16 | | | | | | | | | |
| | | Raulino Silva | | | | | | | | | |
| | | Olt Hoffmann | | | | | | | | | |
| | | Soterio D. Leite | | | | | | | | | |
| | | M. 1492 - CPF: 100.023.193-00 | | | | | | | | | |
| | | COOPEDISTA | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|----------------------------|------------|--------------------|
|  | ALIANÇA CASAMATER | | |
| Paciente | LUIZA MARIA DE JESUS | Convênio | PARTICULAR |
| Idade | 71 anos | Data | 26/09/2016 |
| Peso | ,00 Kg | Internado | 3 dia(s) |
| Altura | ,00 m | Prontuário | 220880.01 |
| Médico | Sother Douville Brito Neto | Leito | APT - 602 |
| Dir. Técnico | CRM | Número | Relatório nº 61144 |
| RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | | |

APLICAÇÕES

| HORA | Descrição | Usuário |
|------|-----------|---------|
| | | |

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

| HORA | DESCRIÇÃO | Responsável |
|------------------|--|--|
| 24/09/2016 08:48 | PACIENTE CONCIENTE, ORIENTADA, DIETA VO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, EM SORO POR AVP, 1º PO DE FRATURA DE TORNOZELO, AGUARDA VISITA MEDICA, SEGUE EM REPOUSO NO LEITO, DIURESE ESPONTANEA, | <i>Conceição Rameiro</i> M ^{re} DA CONCEIÇÃO M. RAMEIRO COREN-TEC 93491 |
| 24/09/2016 09:00 | ADM. CEFAZOLINA E.V. | <i>Nilma</i> Francisca Nilma A. Magalhães COREN-TEC 525299 |
| 24/09/2016 10:51 | PACIENTE RECEBE VISITA MEDICA, SEGUIDA DE ALTA HOSPITAL, AVISADO HOTELARIA, RETIRADO ACESSO E LIBERADO COM ORIENTAÇÕES. | <i>Conceição Rameiro</i> M ^{re} DA CONCEIÇÃO M. RAMEIRO COREN-TEC 93491 |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

| HORA | DESCRIÇÃO | Responsável |
|---------------------|------------------------|--|
| 26/09/2016 10:35:00 | Fechamento da evolução | <i>Débora M^{re} Lemos Campelo</i> Débora Maria Lemos Campelo COREN-ENF 357233 |



Hospital de Terapia Intensiva

FICHA DE ADMISSÃO
ENFERMAGEM

23/09/16

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Luiza Maria de Jesus Nº DO PRONTUÁRIO: 22088001

SEXO: ☐ M ☒ F IDADE: 71 TELEFONES PARA CONTATO: _____

RESIDÊNCIA ☐ DEAMBULANDO ☐ HOSPITAL ☐ CADEIRA DE RODAS ☐ MACA ☐ OUTROS

CIRURGIA ☒ CLÍNICO ☐

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREVENTIVA

☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL ☒ DIABETES

☐ PROBLEMAS CARDÍACOS ☒ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS

☐ PROBLEMAS RENAIS ☒ ALERGIAS (REAÇÕES)

☐ INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS ANO: _____ ☒ INTERVENÇÕES CLÍNICAS

MOTIVO(S): _____

ALERGIAS (REAÇÕES) _____

FAZ USO REGULAR DE ALGUM MEDICAMENTO? ☐ SIM ☒ NÃO

QUAL(ES)? _____ DOSE _____

QUEIXA PRINCIPAL / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

exigida POI fratura de do tornozelo

PA: _____ FC: 74 FR: 16 SATO2: 98% TEMP: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

ABERTURA OCULAR

☒ ESPONTÂNEA

☐ SOB COMANDO

☐ DOR

☐ NENHUMA

PUPILAS

☒ ISOCÓRICAS

☐ ANISOCÓRICAS

☐ MIDRIASE

☐ MIOSE

☐ FOTORREAÇÃO

CABEÇA E PESCOÇO

ACUIDADE AUDITIVA: preservado

ACUIDADE VISUAL: preservado

MUCOSA ORAL ☒ ÚMIDA ☐ SECA

PRÓTESE ☒ NÃO ☐ SIM

GÂNGLIOS ☒ NÃO PALPÁVEIS ☐ PALPÁVEIS

TIPO: _____ LOCAL: _____

OUTRAS ALTERAÇÕES _____



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.000320/2017-75

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Francisco Das Chagas Silva

Data/Hora: 20/02/2017 - 09:12

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

2ª DP DE CAMPO MAIOR

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Endereço

RUA ADEMAR MENDES, Nº:

Complemento

Data/Hora

09/09/2016 - 09:00

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

IATE CLUBE DE CAMPO MAIOR

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUIZA MARIA DE JESUS

RG: 442128 SSP PI

Mãe: FRANCILINA DE JESUS

Pai: CÍCERO LÚCIO DE SOUSA

Endereço: RUA JOSÉ HIGINO DA SILVA, Nº 34

Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: CAMPO MAIOR

Telefone(s): 86-9412-1940

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

Nome: THIAGO JOSÉ DE JESUS LEITE

RG: 3354906 PI

Mãe: VERA LUCIA FRANCELINA DE JESUS

Pai: JOAQUIM DE BRITO LEITE

Endereço: RUA CEL. BENICIO SAMPAIO, Nº 98

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Evasão do condutor do local do acidente (Art. 305 do CTB);

2 - Lesão corporal acidental no trânsito.

22 MAI 2018

DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu a esta delegacia para noticiar que: No dia 09 de setembro de 2016 por volta das 09h00min quando conduzia a sua motocicleta YAMAHA/T115 CRYPTON ED, PLCA QUE-5166, 2013/2014, cor rosa, renavam 0054041405, chassi 9C6KE1550E0020086, licenciada em nome da própria notificante (LUIZA MARIA DE JESUS), na Rua Ademar Mendes no sentido Praça Valdir Forte ao IATE, e quando parou em frente ao IATE e ligou a sinaleira para entrar no IATE CLUB, quando abalroado por um motoqueiro que em sua motocicleta tinha um reboque, sendo que neste abalroamento o reboque enganchou na motocicleta da notificante vindo a derrubar ao solo; QUE, o motoqueiro evadiu-se do local impossibilitando a sua identificação; QUE, foi socorrida por populares e encaminhada ao HRCM onde foi atendida e pelo médico plantonista e em seguida liberada para sua residência; QUE, no dia 12 de setembro de 2016 retornou ao médico desta vez no HTI em Teresina onde marcaram procedimento cirúrgico no dia 23 de setembro de 2016, onde foi realizada cirurgia em fratura de tornozelo esquerdo conforme documentação apresentada pela notificante. Nada mais.

Alexandre Henrique Gouveia Soares - Mat. 2866170
AGENTE DE POLÍCIA

LUIZA MARIA DE JESUS - Notificante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.000320/2017-75

Delegado de Polícia

Alexandre Henrique - ACPJ

ORIGINAL



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

394.489.593-20

Nome completo da vítima

LUÍZA MARIA DE JESUS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|--|--|---|--|--------------------------------|--|
| Nome completo LUÍZA MARIA DE JESUS | | CPF titular da conta 394.489.593-20 | | Profissão APOSENTADA | |
| Endereço RUA TRAV. HIGINO JOSE SILVA | | Número 34 | | Complemento CASA | |
| Bairro SANTA CRUZ | | Cidade CAMPOMAIOR | | Estado PI | |
| Email | | CEP 64.280.000 | | 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"/> RECUSO 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 type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale um a opção) <input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | | |
| AGÊNCIA NRO. 0985 D/V 7 (Informar dígito se existir) | | CONTA NRO. 2500150 D/V 8 (Informar dígito se existir) | | BANCO Nome _____ NRO. _____ | | AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) | |
| | | | | CONTA NRO. _____ D/V _____ (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.

Campo Maior - PI, 14 de maio de 2018

Local e Data

PJ CORRETORA DE SEGUROS

22 MAI 2018

DPVAT

Luiz Maria de Jesus
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 MAI 2018

DPVAT