

# 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: 19/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000010591-2

---

Nr. da Autenticação E0973F229F7F48D1

# 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: 21/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 168,75

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

CLIENTE: MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000010591-2

---

Nr. da Autenticação A6C19B71642F3938

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180468323      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DEUSILENE DOS SANTOS      **Data do acidente:** 06/05/2018      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.  
SILVA

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

**Data da análise:** 17/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E URNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA, PARAFUSOS E FIO DE KIRSCHNER).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180468323      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA      **Data do acidente:** 06/05/2018      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA VOLAR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10º) DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU IV E HIPOTROFIA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM AGOSTO DE 2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/01/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA PELA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 17/10/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO EM GRAU LEVE. DE ACORDO COM PERÍCIA MÉDICA REALIZADA, ADEQUAR INDENIZAÇÃO COMPLEMENTANDO PARA DANO SEVERO DO PUNHO DIREITO.

**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 dos punhos	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
<b>Total</b>			<b>1,25 %</b>	<b>R\$ 168,75</b>

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



Dados do Chamado	01 N° do chamado 962	02 Data do chamado 07/11/18	03 PFO (código) 4101	04 Saída de PA 26-26	05 Chegada ao local 10-31
Local da Ocorrência	06 Saída do local 6-18	07 Chegada ao 1º hospital 17-29	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Principal do facultal Indretolo Centro Maria da Cunha Município-UF THE Código IBGE	11 Bairro	12 Ponto de referência Batalhão da PM	13 Nome Maria Deusilene dos Santos 21	14 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado
Ocorrencia	15 Idade 29	16 D's 2- Mês 3- Ano 9- Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebedo alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espacamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 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
Exame Físico	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	23 Glasgow <input type="checkbox"/>
Assistência	ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- A dor 1- Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 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- Nenhum	24 Sinais vitais Pulso <input checked="" type="checkbox"/> 30 Respiração <input checked="" type="checkbox"/> 30x90 PK <input type="checkbox"/> TAX. <input type="checkbox"/> 98% SatO2 <input type="checkbox"/>	25 Local da lesão 
Hospital de Destino	26 Pupilas 1- Igualas <input type="checkbox"/> 2- Desiguais <input type="checkbox"/>	27 Pisco Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Chalo 2- Fino 3- Ausentes	28 Sangramento 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/>	29 Dor <input type="checkbox"/> ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Suspeito <input type="checkbox"/>
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Perna longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemias <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado <input type="checkbox"/>	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>
	<p><i>Paciente motociclista soturno de moto caiu, sofreu disconforto e posterior queijo cefálico, dor lombar intensa, apresenta desidratação no MSBD encarcerado no abdômen, com contusão contundida na face, suspeita de fratura, dor no tórax, dor lombar, dor lombar.</i></p>				
	Socorristas Médico AE/TE	Eduardo			Enfermeiro Condutor
	Responsável pela recepção				Fernando
	Versão: 27.11.2011				

**Responsável pela recepção**

Socorristas  
Médicos  
AE/TE

**Enfermeiro**  
**Conduktor**

## Furnace

Altan



HOSPITAL  
DE URGENCIA  
DE TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE: Maria Auxiliadora dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 475820

**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. Antônio Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

orb pedir

RAIO-X REALIZADO

DATA 06/05/2018 17:33:44

Técnico: *[Signature]*  
(Estação: ACCRO)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA		Prontuário: 475820
Mãe: MARIA NATIVIDADE DOS SANTOS SILVA	Pai: RAIMUNDO GOMES DA SILVA	
End. Resid.: RUA A NGU - MAFRENSE - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 02/06/1988	Idade: 29a:11m:4d	Sexo: Feminino Fone: 86-99460-5498
Responsável: JESUS	CNS:	
Profissão: VENDEDORA	Documento: RG: 2430955 - SSP PI	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Comcubinato	
End.Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 663767	Data: 06/05/2018 17:26:51	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
id.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundario: V299

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:	VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, REFERE LOMBALGIA, DOR INTENSA EM MSD	Profissional Clas. Risco:	
		FRANCISCA ELIZABETE DE MACEDO	COREN 79289
		Em: 06/05/2018 17:33:43	

## DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Patr. vítima de acidente de motocicleta há menos de 06h. S/ capacete, nega lesão a vista de consciência. Transportada pelo samu.

- A- Via aérea aberta. c/ color cervical e prancha.
- B- mvt bilateralmente, or P/A. Espasmo.
- C- Eloc 2T. BNF 0/2. FC: 125. Pálpebras ativas. Abdomen inóspito.
- D- Glengaux 25. Sensibilidade intensa pressionado na tba (tubo) 22. pupilas normais.
- E- Diminuição da mobilidade em MSD. Dor no hemitórax E

PA 120 x 90 mmHg	P脉: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID: _____	

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

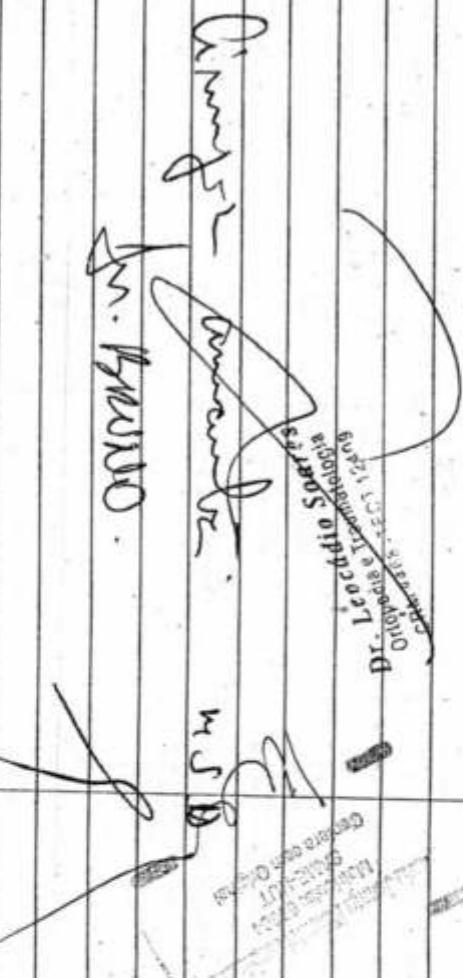
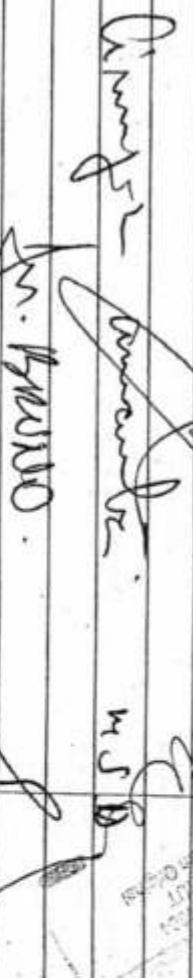
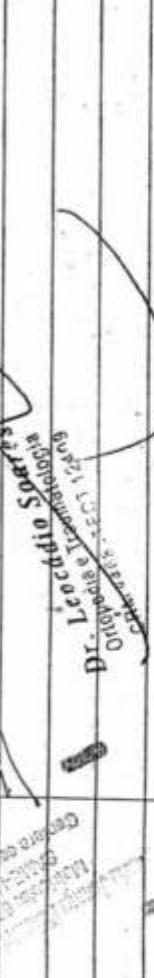
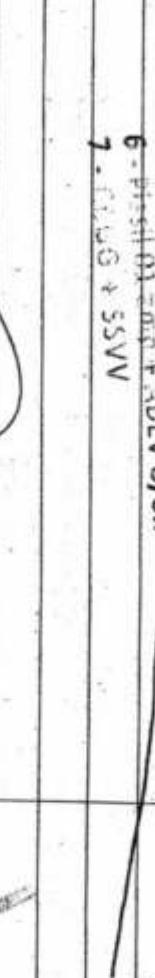
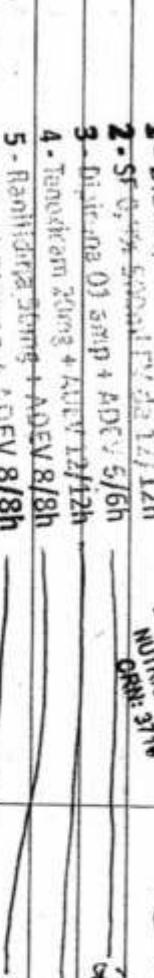
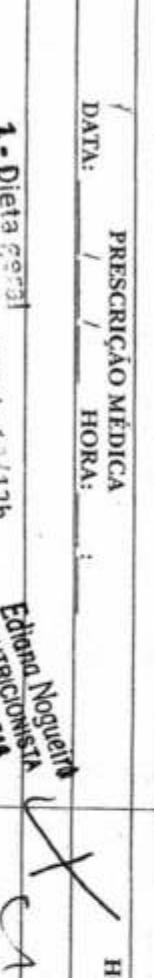
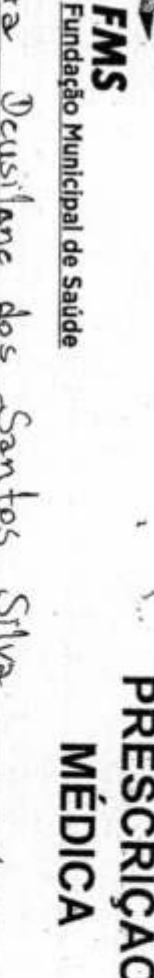
Rx de Abdome, tórax, braço esq, mvt, tórox  
SF 0,9% 500ml, IV, agente

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	DR. Josafá Nascimento Médico CRM-PI 6999
DATA: / / .	HORA: _____	Se Internação, indique o Procedimento e CID Procedimento: 60800431 CID: 00000000000000000000000000000000

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura - Profissional Médico

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

<b>Maria Deusiane dos Santos Silva</b>		NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENFERMEIRA	LEITO
<b>Maria Deusiane dos Santos Silva</b>		DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALLERGIAS				
		<b>ORTOPEDIA</b>					
PRESCRIÇÃO MÉDICA	DATA:	HORA:	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
<p><b>1 - Dieta geral</b></p> <p><b>2 - Sintomas: dor abdominal 12/12h</b></p> <p><b>3 - Diarreia 01 xamp + ADEV 5/6h</b></p> <p><b>4 - Tensão arterial 12/12h</b></p> <p><b>5 - Rinite com tosse + ADEV 8/8h</b></p> <p><b>6 - Faringite + ADEV 8/8h</b></p> <p><b>7 - Cough + SSVV</b></p>		<p><b>Edilane Nogueira</b> Nutricionista CRM: 3716</p> <p><b>Dr. Leandro Soares</b> Oftalmologista CRM: 10010</p> <p><b>Dr. J. P. Oliveira</b> P.A.: 100/100 mmHg. Cida.</p> <p><b>Dr. J. P. Oliveira</b> P. 71 bpm. T. 36.8</p> <p><b>Med. Cid. Oliveira</b> Enfermeira CRM: 240-609</p>					
							
							
							
							
							
							
							
							
							

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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
*centro cirúrgico*

Nome do Paciente

Maria Desislene dos Santos Silva

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de diáfise distal do rádio + ulna  
Redução Cirúrgica + fixação interna com placas + parafusos fio K

Georgião

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestésico(a)

Dr. Gresso  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-4245 / TEOF: 11438

1º Assistente

Dr. Fernando de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-11345 / TEOF 11913

Anestesia

Dr. Adriânia

TBPPB.

Data da Operação

03-07-2013

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura extremamente comminuta  
Redução difícil.  
Conseguiu-se bom alinhamento no  
AP e no perfil. Fratura extra-articular.

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

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

- 1) Paciente em DOR sob anestesia
- 2) Preparo Habitual
- 3) Via dorsal direta em bordo radial do antebraço
- 4) Redução Cirúrgica + fixação interna com placas + parafusos em rádio. So 5 rádios copia
- 5) Redução Cirúrgica + fixação interna de ulna distal com fio X intramedular sob visão copia
- 6) Fechamento por planos
- 7) Curativo

FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			REGISTRO		
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RSPIRAÇÃO	TEMPERATURA	RESPIRATÓRIA	DATA	
04-01-18	130x70	60cpm					
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	OXIGEMIA	DISSO	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFETOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	19:20			15:40		TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	C°	260					
P. ARTERIAL V		240					
O PULSO		2					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		200					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		180					
RESPIRAÇÃO O		160					
SÍMBOLOS		1					DURAÇÃO
TÉCNICAS	BLOQUEIO OC PEXO BORSA VIA TAXIAS					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERACOES							
CIRURGIOS	PT. BAUNO					05 SET 63	
ANESTESISTAS	PT. ADRIANO L CASAR					PT. FRANCISCO J. Z	
					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
PARTICULARIDADES							

MOD 76 - HUT

SEGUIMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
05 OUT 2018

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - NOME CEP: 54.002-470  
Teresina - PI



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 07/05/2018

NOME DO PACIENTE	<u>Maria Deusilene dos Santos Silva</u>	PROONTO-SOCIAL	<u>475820</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA	<u>BPIB</u>	Dr. Bruno Freire	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Bruno</u>	Otorrino - Neuroradiologia	CPF Nº:
AUXILIAR:	<u>Dr. Fernando</u>	GIM-4245/TEOT: 1423	CPF Nº:
ANESTESIA:	<u>Dr. Adriano</u>	CPFNº:	CPFNº:
INSTRUMENTADORA:	<u>Jeymy</u>	CPFNº:	CPFNº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>		
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>7,0</u>	PAR	<u>02</u>	<u>0,5</u>	<u>OCT 2018</u>
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7,5</u>	PAR	<u>03</u>		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>04</u>		
ALCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>150</u>		
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>		
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	—		
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>		
ESPARADRAPO	CM	—		SERINGA 5CC	UNID.	—		
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>Q3</u>		
ÍGASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.	—		
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Catibu 02</u>		<u>01</u>		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA				
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Estiletes -</u>		<u>05</u>	<u>unid.</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Escovas -</u>		<u>03</u>	<u>unid.</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Crepom -</u>		<u>02</u>	<u>unid.</u>	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<u>Faixa de suást.</u>		<u>02</u>	<u>unid.</u>	
ALCOFIL								
MONONYLON 2-0		<u>02</u>						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:				
VICRYL 2-0		<u>02</u>		CIRCULANTE:				
PROLENE				<u>Solangemartinho</u>				

FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			N.º DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
01-05-18	150x70	80cm				
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	TOSSUSCIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)			APLICADO AS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	14:20		15-40		TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	38	260 240 200 180 160 140 120 100 95 80 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO						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	BLOQUEIO OC PEXO				INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERADORES	Interventio Cirúrgico				BARRAVIA + AXILAR	
CIRURGIOS	PT - BAUNO				SESSAO	
ANESTESISTAS	DR - ADRIANO L CAMILA				PRESERVA	
Dr. Adriano Camila Anestesiologista CRM-PI 4033				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
PARTICULARIDADES						



**NEOCLÍNICA**

Qualidade para sua saúde

Paciente: MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA  
Nascimento: 02/06/1988

**LAUDO MÉDICO**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Atesto que paciente supracitada, vítima de acidente de trânsito, apresentou fratura gravíssima de ossos de antebraço direito, tendo sido operada com placa e parafusos além de pinos intraósseos, ficou internado durante mais de 02 (dois) dias. Apresenta alta definitiva atual, evolui com dor e limitação com impotência funcional punho direito de 70 %.

CID-10: S525/ S524/ M191

Dr. Glaudson Nascimento  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI: 2775 / TEDT: 10604

Teresina, 18/12/2018

Dr. GLAUSON TUQUARRE NASCIMENTO  
CRM 2775

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia  
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia  
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330  
Fone/Fax: (86) 3131-6666 / 3221-6174 • [www.neoclinica.net.br](http://www.neoclinica.net.br)



Ultra-X

CREDIBILIDADE EM DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

DIR.

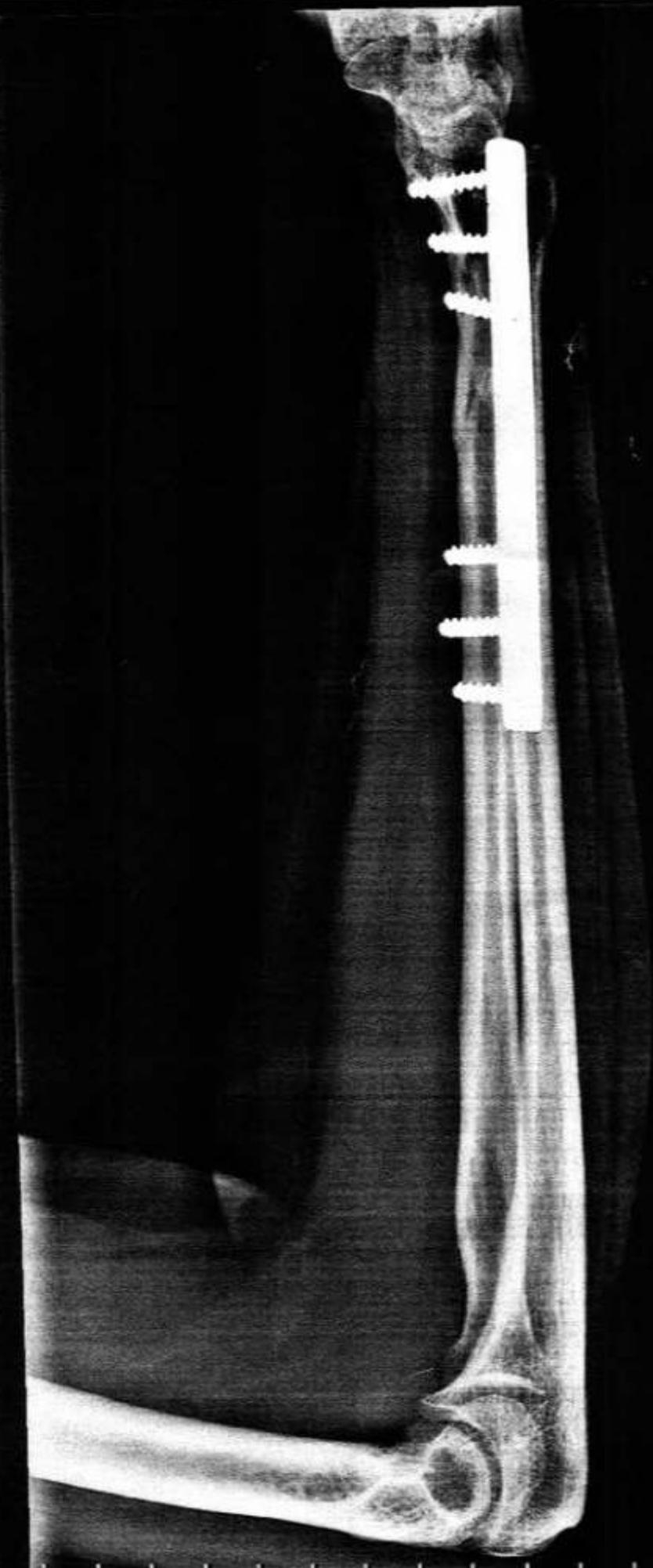
MARIA DEUSILENE DOS SANTOS Silvme: 13/12/2018 12:14  
ID: 550794 DOB: 2/6/1988 Sex: F

(86) 3194-5555  
clinicaultrax.com

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA



MARIA DEUSILENE DOS SANTOS ST Time: 13/12/2018 12:14  
ID: 550794 DOB: 2/6/1988 Sex: F

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Maria Deusilene dos Santos Silva

0964802

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 OUT 2010

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.430.955

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/09/16

NOME

MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA

FILIAÇÃO

MARIA NATIVIDADE DOS SANTOS SILVA  
RAIMUNDO GOMES DA SILVA

NATURALIDADE

UNIÃO-PI

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 40493 L A83 F 563  
EXP UNIÃO-PI 10/06/88

027 145 053-08  
**0964802**

DATA DE NASCIMENTO

02/06/1988

ASSINATURA DO DIRETOR / M. DE V. DE MORAES

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 OUT 2010

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

**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: **3180468323**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Tourino, 691, BAIRRO URBANO - Mafrense - Teresina - PI - CEP 64005-700**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **2430955**

Data e local do acidente: [ **06/05/2018** ]

**AV. PRINCIPAL DO JACINTA ANDRADE - JACINTA ANDRADE - TERESINA PI**

Data e local do exame: [ **10/01/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.**

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

**VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA VOLAR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10º) DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU IV E HIPOTROFIA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO.**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM AGOSTO DE 2018.**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**Limitação funcional do punho 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):

**Punho direito**

% 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):

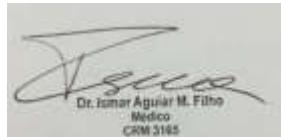
% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

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.

**VÍTIMA JÁ INDENIZADA PELA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 17/10/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO EM GRAU LEVE. DE ACORDO COM PERÍCIA MÉDICA REALIZADA, ADEQUAR INDENIZAÇÃO COMPLEMENTANDO PARA DANO SEVERO DO PUNHO DIREITO.**



Dr. Ismar Aguiar M. Filho  
Médico  
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

**Beneficiário 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

027.345.953-08

Nome completo da vítima

maria Deusilene dos Santos Silva

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Endereço	027.345.953-08	Vendedora
R. Teresina	Número	Complemento
Bairro	691	Casa
Email	Estado	CEP
	PI	64000-000
		Telefone (DDD)
		(86) 3303-4104

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	BANCO Nome: _____ NRO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ DV _____			
AGÊNCIA NRO.	CONTAS NRO.	D/V	CONTAS NRO.	D/V
3828	10591	2		
(Informar dígito se existir)				

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na rede de agências e contas DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

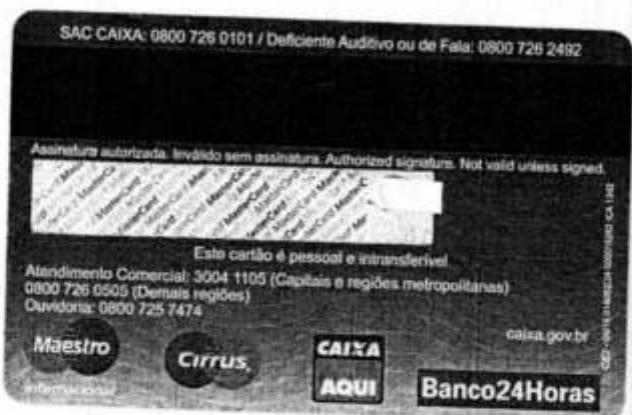
Teresina 04 de Outubro de 2018  
Local e Data

maria Deusilene dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001635/2018-21

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 04/06/2018 - 08:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

472493

Data/Hora

06/05/2018 - 16:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

JACINTA ANDRADE

Endereço

AV. PRINCIPAL DO JACINTA ANDRADE, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

BATALHÃO DA PM

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2430955 PI

Mãe: MARIA NATIVIDADE DOS SANTOS SILVA

Endereço: RUA A, Nº 691

Bairro: MAFRENSE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 160 FAN ESDI, PLACA PIJ-4270-PI, COR PRATA, RENAVAM 01072392434, PROP. DE ISABEL THIAGO DA SILVA SOUSA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, CAINDO EM SEGUIDA. FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT. (PRONT. 475820). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

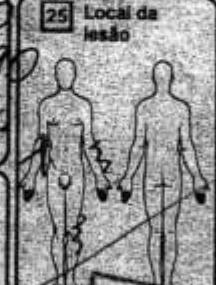
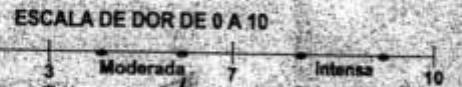
MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Policia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Dados do Chamado	01 N° do chamado <i>962</i>	02 Data do chamado <i>01/03/18</i>	03 PTO (codigo) <i>001</i>	04 Saída da PA. <i>16 26</i>	05 Chegada ao local <i>20 20</i>
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>16 40</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>17 29</i>	08 Saída do 1º hospital <i>17 29</i>	09 Chegada ao 2º hospital <i>17 29</i>	
Dados do Paciente	10 Endereço <i>Rua Principal do facinete Andrade</i>	11 Bairro <i>Família Maria da Cunha</i>	12 Municipio-UF <i>THE</i>	Código IBGE <i>00000000000000000000000000000000</i>	
Ocorrência	13 Ponto de referência <i>Batalhão da PM</i>				
Acidente de Transporte	14 Nome <i>Maria Deusilene dos Santos</i>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	16 Idade <i>29</i>	17 Se idade ignorada, preencha com 999	18 Índices de ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
Ocorrência	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado	20 Meio de locomoção <input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado	21 Outra parte envolvida <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Objeto fixo <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Ignorado	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow <input type="checkbox"/>	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso Respiração PA TAX Sat02	25 Local da lesão 
Hospital de Destino	26 Pupilas <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 Dor  0 Sem Dor 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1- Sim 2- Não 3- Suspeito
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input checked="" type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	32 Hospital de Destino <i>HUT</i>	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Malterado	34 Óbito 1-Sim 2-Antes do socorro 3-Antes do transporte 4-Durante o transporte
Observações Interdisciplinar	<i>motorista de motocicleta se locomovendo a moto furtivamente, apresentando hemorragia nasal, apresenta desmaios no MSF, expondo os ossos, comumente orientada para a direita, respiração rágia RAS, DNI, comprometida.</i>				
	Socorristas Médico AE/TE	<i>Fábio</i>	Enfermeiro Condutor	<i>Fernando</i>	



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Br. Getúlio Vargas 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

**DADOS DO PACIENTE**

<u>Nome:</u>	<b>MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA</b>			<u>(Estação: ACCRO)</u>		
<u>Mãe:</u>	MARIA NATIVIDADE DOS SANTOS SILVA		<u>Pai:</u>	RAIMUNDO GOMES DA SILVA		
<u>End. Resid.:</u>	RUA A N°91 - MATRENSE - TERESINA - PI - CEP: 64069-990					
<u>Nascimento:</u>	02/06/1988	<u>Idade:</u>	29a:11m:4d	<u>fone:</u>	86-99460-5498	
<u>Responsável:</u>	JESUS				<u>CNS:</u>	
<u>Profissão:</u>	ENDEBORA				<u>Documento:</u>	RG: 2430955 - SSP PI
<u>G. Instrução:</u>	Médio Completo				<u>E.Civil:</u>	Comcubinato
<u>End. Local.:</u>	- - -					
<u>DADOS DO ATENDIMENTO</u>						

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> 663767	<u>Data:</u> 06/05/2018 17:26:51	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU
<u>Motivo da Procura:</u>	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	
<u>id.Trab.:</u> Não	<u>Acid. Trajeto:</u> Não	<u>Acid. Trab. Típico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u> V299

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<u>Sinal/Sintoma:</u> TRAUMA MAIOR	<u>Evento Principal:</u> Mecanismo do trauma significativo	<u>Destino:</u> CIRURGIÃO GERAL	<u>Classificação:</u> <b>Laranja</b>
<u>Breve História:</u> VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, REFERE LOMBALGIA, DOR INTENSA EM MSD			<u>Profissional Clas. Risco:</u> -
		FRANCISCA ELIZABETE DE MACEDO COREN 79289 Em: 06/05/2018 17:33:43	

**DADOS CLÍNICOS:** (Hora: : )

Pct vítima de acidente de motocicleta não temos de <del>que</del> capacete, nego comigo a perda de consciência. trazido pelo samu	
A- via aérea aberta. c/ colar cervical e prancha.	RAIO-X REALIZADO
b. mgs bilaterais nuns. s/ R/A - espessas.	DATA 6/5/2015
c- Elam 2T. BNF s/o. FC: 125. Pálpebras edem. Abdome inacert.	Técnico: <u>Omar</u>
d- Ganglion ds. Sensibilidade motociclista pressionado em todos os lados. pupilas normais.	
e- Ommatius de mobilidade em MSA - Pox em baixo da face	

PA 120 x 90 mmHg | Pulso: \_\_\_\_\_ | FC: \_\_\_\_\_ bpm | Temp.: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Inicial: \_\_\_\_\_ | CID: \_\_\_\_\_

#### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES

Rx de antibiótico D, mas de mijo, tórex  
SF 0,9% 500 ml, IV, agen DEPARTAMENTOS DE  
DIAZ

MOTIVO DA ALTA ENGENHARIA

DATA: / /

1008A

**GENTE SEGURADORA S.A.**  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

~~DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO~~

Se Internado. Indique o Precedimento - 000

L'ESPRESSO - 11 GENNAIO 1977

4080043

Proceedings

acid

Antônio de Jesus da Silva  
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Paciente ou Responsável

~~Assinatura - Profissional Médico~~